

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

ÉTUDE SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES
TUMEURS MALIGNES DES FOSSES NASALES

Par le Dr **A.-F. PLICQUE**, ancien interne des hôpitaux.

Les tumeurs malignes des fosses nasales se présentent sous des aspects cliniques fort différents qui en rendent le traitement singulièrement variable. En se plaçant uniquement au point de vue des conditions opératoires, on peut les diviser assez artificiellement en quatre groupes principaux. Le premier est constitué par les tumeurs pédiculées ; ces tumeurs pédiculées, assez fréquentes, sont ordinairement le résultat de la dégénérescence épithéliomateuse de néoplasmes primitivement bénins, adénomes ou polypes muqueux ; les sarcomes peuvent cependant apparaître d'emblée sous cette forme. — Le second groupe, qui comprend les tumeurs à base d'implantation limitée, est déjà moins favorable que le précédent à l'intervention chirurgicale ; quand elles ont leur siège près de l'orifice des narines, sur la cloison, sur le plancher, sur le cornet inférieur, leur ablation se fait pourtant encore dans des conditions relativement faciles. — Les tumeurs diffuses, au contraire, qui forment le troisième groupe, soit qu'elles s'étendent en superficie en envahissant une grande portion de la muqueuse, soit qu'elles gagnent en profondeur en envoyant des irradiations dans les os sous-jacents, obligent à des opérations graves et difficilement complètes. — Un degré seulement les sépare des tumeurs tout à fait inopérables du quatrième groupe, tumeurs

où le traitement palliatif constitue la seule ressource. — Ce traitement palliatif n'est point d'ailleurs uniquement médical, il comporte encore souvent des indications chirurgicales, parmi lesquelles il faut citer surtout les diverses interventions nécessitées par l'arrêt des hémorrhagies.

I.

A. Le diagnostic des tumeurs pédiculées malignes peut offrir deux difficultés principales : 1° distinguer ces tumeurs des tumeurs pédiculées bénignes ; 2° reconnaître l'existence et le mode d'insertion du pédicule.

1° Si, dans la plupart des cas, l'accroissement rapide, les douleurs relativement vives, l'abondance des hémorrhagies, l'aspect bourgeonnant, la consistance friable constituent des signes trop certains de malignité, il en est d'autres où l'affection se présente avec des caractères moins nets et où l'on peut croire à une tumeur bénigne. C'est surtout quand quelques tumeurs enlevées antérieurement ont présenté en tout l'aspect des polypes ordinaires, ou bien quand celles que l'on aperçoit le plus nettement offrent cet aspect que l'on a tendance à porter malgré l'exagération des troubles fonctionnels ce diagnostic favorable. Il faut se souvenir qu'il est malheureusement assez fréquent de voir après l'ablation de plusieurs polypes bénins, adénomes ou myxomes, apparaître de nouveaux polypes constitués cette fois par de l'épithélioma. Il faut se souvenir aussi qu'en même temps que les tumeurs malignes il n'est point rare de rencontrer dans les fosses nasales des polypes ordinaires. Les observations de cette coexistence ne sont pas très rares. Ricard (1), dans sa thèse sur la pluralité des néoplasmes, rapporte deux faits d'épithélioma et de sarcomes avec coexistence de polypes muqueux. Schœffer (2), Hopmann (3), Terrier, Voltolini, etc., citent des cas analogues. L'existence antérieure ou simultanée de polypes

(1) RICARD. Pluralité des néoplasmes. (*Thèse de Paris*, p. 112 et 113.)

(2) SCHÖFFER. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n° 3, 1882.

(3) HOPMANN. *Virchows Archiv*, t. 93, p. 235.

reconnus bénins, même histologiquement, ne saurait donc prouver qu'il n'existe point en même temps de production maligne. C'est l'analyse des troubles fonctionnels qui aura le plus de valeur dans les cas douteux à l'inspection ; d'ailleurs, dans ces cas douteux, il est toujours préférable d'agir comme dans les tumeurs nettement malignes. Une erreur inverse, beaucoup plus facile, du reste, à éviter, doit être aussi immédiatement signalée. Des myxomes anciens, rapprochés de l'orifice des fosses nasales, peuvent prendre un aspect dur, fibreux, cutané, très différent de celui des myxomes ordinaires. Cette transformation paraît plus fréquente chez les sujets âgés. Chez une malade de 71 ans que nous avons observée dans le service de notre maître, M. Peyrot, le polype, en subissant cette transformation cornée, s'était exulcéré et offrait un suintement muco-purulent à sa partie inférieure. Mais la partie supérieure, plus abritée contre les irritations, avait gardé l'aspect muqueux. L'examen histologique, pratiqué après l'ablation, ne montra point d'ailleurs de dégénérescence en épithélioma.

2° Quand la tumeur est très volumineuse, il est parfois assez difficile d'apprécier l'existence et le mode d'insertion du pédicule. La constatation de mouvement de va-et-vient, quand le malade souffle, peut tout à fait manquer ; sa constatation antérieure par le malade offre alors une certaine importance. Des tractions exercées avec beaucoup de ménagements pour ne point entraîner d'hémorrhagie, des tentatives pour contourner la tumeur soit au moyen d'un stylet, soit au moyen d'une anse de fil de fer ordinaire fourniront aussi des renseignements. Le mode d'insertion du pédicule est utile à établir au point de vue de la conduite de l'opération ; il l'est également au point de vue de la nature de la tumeur ; un polype inséré sur la cloison doit en effet toujours être regardé comme de nature maligne.

B. 1. Il est une règle générale que doit dominer l'ablation des tumeurs malignes pédiculées des fosses nasales. Si facile qu'il puisse paraître soit de les saisir avec la pince, soit de les embrasser dans le serre-nœud, jamais on ne doit les enle-

ver de cette façon. Il faut toujours parvenir sur eux par une incision extérieure qui montre réellement le pédicule. L'ablation par arrachement est en effet incomplète et dangereuse. En opérant par arrachement, il est impossible d'enlever totalement le pédicule; aussi les récidives sont-elles presque fatales, alors même qu'on essaye de gratter à la curette ou de cautériser le point d'implantation. Robin a rapporté l'observation d'un malade chez qui une tumeur polypeuse arrachée trois fois par Roux, quatre fois par Gosselin, finit, à la huitième récidive, par envahir le sphénoïde et déterminer la mort par méningite (1). Une malade de Bayer, après de très nombreuses ablations de polypes récidivants par l'anse simple, l'anse galvanique, la curette tranchante, finit par mourir d'hémorragies et de métastase hépatique. — Mason (2) voit de même un sarcome myéloïde de la cloison récidiver presque immédiatement après une ablation par la pince à polypes; il essaye de l'enlever en incisant simplement le côté de la narine; une nouvelle récidive le force à faire, trois mois après, une ablation plus large en rouvrant la cicatrice de l'incision et en divisant la lèvre sur la ligne médiane, et cette fois il obtient une guérison qui, au bout de six ans, n'est pas démentie. Il serait après cette observation superflu d'insister sur cette nécessité, commune d'ailleurs à toutes les tumeurs malignes d'une ablation absolument large.

L'ablation par arrachement peut de plus être dangereuse. Sans parler du fait si souvent cité de Del Grecco et Berlinghieri (3) ou des tractions faites par erreur de diagnostic sur un névrome du nerf maxillaire inférieur pris pour un polype amenèrent une méningite mortelle, l'hémorragie constitue une complication grave de l'ablation des tumeurs malignes par arrachement. — Alors même que l'on opère avec l'anse galvanique on n'est point sûr de l'éviter immédiatement. On n'est surtout point à l'abri par ce moyen des hémorragies secondaires rendues plus fréquentes dans les fosses nasales

(1) *Gazette des hôpitaux*, p. 46, 1832.

(2) MASON. *Lancet*, 1^{er} avril 1882.

(3) DEL GRECCO et BERLINGHIERI. *Archives générales de méd.*, t. XXIII, 1^{re} série, p. 431.

par la difficulté d'obtenir une asepsie complète. — Ces tumeurs, en effet, sont souvent prodigieusement vasculaires. Dans un cas de M. Terrier, l'ablation d'un simple fragment destiné à l'examen histologique suffit à déterminer une hémorrhagie abondante. — Chez un malade que nous avons observé dans le service de notre maître, M. Peyrot, une première ablation à la pince avait déterminé également une violente hémorrhagie. — L'ablation faite quelques semaines après par une incision dans le sillon nasojugal fut au contraire des plus faciles et presque exsangue. Le pédicule fut sectionné au galvanocautère, et par précaution les lambeaux d'insertion furent réunis par une ligature au catgut. Il renfermait des vaisseaux très volumineux.

2° Il suffit d'ordinaire pour permettre l'ablation des tumeurs malignes pédiculées d'incisions très simples et qui n'ont pas besoin pour conduire sûrement sur le pédicule d'être poussées aussi loin que dans les cas de tumeurs non pédiculées que nous retrouverons tout à l'heure. Ces incisions peuvent être faites suivant deux types différents. Elles peuvent porter dans le sillon nasogénien; l'écartement de l'aile du nez est d'ordinaire suffisant par l'incision des parties molles, sans qu'il soit nécessaire de sectionner l'os nasal; exceptionnellement il faudra pratiquer cette section; on peut aussi comme l'a fait Dieffenbach, diviser la cloison à ses insertions postérieures pour favoriser le décollement. L'autre type d'incision porte sur le dos du nez. Ordinairement cette incision est faite par le procédé de Verneuil, commençant à la racine du nez pour s'arrêter à un centimètre et demi du lobule; deux autres incisions partent de l'extrémité inférieure de la première pour pénétrer dans les narines. C'est en un mot une incision en Y renversé. Dans les tumeurs pédiculées unilatérales manque, bien entendu, une des branches de l'Y. Il est fort rare qu'il soit nécessaire de diviser l'os nasal.

L'incision faite et ses lèvres écartées, on doit tâcher d'arriver sur le pédicule sans morceler la tumeur. L'hémorrhagie produite par le morcellement peut sans doute être plus ou moins facilement arrêtée par les pinces. Mais le danger de ce morcellement consiste surtout dans la diffusion des

cellules et de fragments de tumeurs dans toutes les fosses nasales, diffusion qui ne peut que favoriser les récidives. — Le pédicule est sectionné aussi loin que possible. La ligature au catgut, combinée avec la section au thermo ou galvano-cautère, donne le maximum de sécurité.

II.

A. Le diagnostic des tumeurs malignes non pédiculées, mais encore limitées dans leur implantation, doit être tout d'abord fait avec les diverses tumeurs bénignes des fosses nasales. Les ostéomes, en particulier, peuvent quand ils ont pris un grand développement déterminer des douleurs, des hémorrhagies répétées, des suppurations simulant les troubles fonctionnels des tumeurs malignes. A la simple vue, leur aspect, quand la muqueuse, au lieu d'être simplement refoulée, est grisâtre et peut encore entraîner la confusion. — Les fibromes ne se voient guère que dans la cavité nasopharyngienne; le diagnostic des prolongements qu'ils peuvent envoyer dans les fosses nasales se fera surtout par la connexion de ces prolongements avec la tumeur principale. Le diagnostic de ces tumeurs envahissant indirectement les fosses nasales devra d'ailleurs être étudié à propos des tumeurs nasales diffuses.

D'autres affections, les déviations de la cloison, les abcès des fosses nasales, les calculs, les corps étrangers même ont pu, si invraisemblable que puisse paraître l'erreur, simuler des tumeurs malignes. Les épaissements de la cloison décrits par M. Verneuil et dus probablement à une périchondrite offriront aussi une grande ressemblance avec l'épithélioma. Ces épaissements surviennent parfois sous l'influence de la grossesse pour disparaître avec elle. Souvent aussi ils sont syphilitiques. C'est d'ailleurs à la syphilis qu'il faut toujours songer dans les cas douteux; les gommes sont assez fréquentes dans les fosses nasales, et dans quelques cas c'est le traitement d'épreuve seul qui pourra faire dis-

tinguer une de ces gommès ulcérées d'un épithélioma. — En étudiant le traitement palliatif, nous retrouverons une préparation particulière, la tisane de Zittman qui, d'après Voltolini (1) rend les plus grands services dans ces cas douteux. — Le chancre syphilitique lui-même peut comme aspect ressembler à une tumeur maligne. Moure (2) a rapporté un remarquable exemple où le diagnostic n'était possible que par la coexistence des accidents secondaires. — Quant aux lésions tuberculeuses assez rares, elles offriraient d'après Schäffer (3) et Nasse le caractère d'avoir un centre dur et une circonférence molle, de se présenter sous forme de granulations. Elles coïncident d'ailleurs ordinairement avec la tuberculose pulmonaire. — Le lupus, quand il existe simultanément dans les fosses nasales et sur le visage, est très facile à reconnaître; le lupus primitif des fosses lui-même, que Cozzolino (4) regarde comme assez fréquent, présente un aspect bourgeonnant avec nodules indurés et livides assez caractéristiques. Nous signalerons seulement, pour mémoire, les ulcérations de la morve chronique et celles qui s'observent dans certaines professions (5) en particulier à la suite de la manipulation des chromates.

B. 1° Les incisions latérale et dorsale que nous avons indiquées pour les tumeurs malignes pédiculées suffisent assez souvent pour les tumeurs limitées dans leur implantation. Duplay (6), par l'incision du sillon nasogénien, enleva facilement un sarcome occupant toute l'étendue du plancher des fosses nasales, mais n'ayant point encore envahi les os. Verneuil (7), par une incision sur la ligne dorsale du nez et le côté de la narine, a pu, en sectionnant simplement les os nasaux, enlever un enchondrome myxomateux des fosses nasales du volume du poing. Chez une autre malade, une longue

(1) VOLTOLINI. *Krankheiten der Nase*. (Breslau, p. 225, 1888.)

(2) *Annales maladie oreille et larynx*, p. 374, 1887.

(3) *Annales maladie oreille et larynx*, 1887 p. 415.

(4) *Annales maladie oreille et larynx*, 1887 p. 222.

(5) Mémoire de Delpech et Hillairet. *Paris*, 1876.

(6) DUPLAY. *Pathologie externe*, t. III, p. 846.

(7) *Thèse de Métaxas*, p. 168, *Paris*, 1887. — *Ibid.*, p. 79.

incision suivant le sillon génotabial lui permit d'enlever toute la face antéro-externe du sinus maxillaire, la branche montante et la paroi externe de la fosse nasale envahies par une récurrence d'épithélioma. — Ces diverses incisions permettent donc d'exécuter des ablations déjà fort étendues. Nous étudierons plus loin les procédés avec luxation complète du nez (procédé de Chassaignac, d'Ollier, de Lawrence) qui donneraient, en cas de nécessité, un jour encore plus considérable.

2. Le difficile, d'ailleurs, n'est point d'arriver sur la tumeur, c'est de pratiquer son ablation complète malgré les anfractuosités des fosses nasales, malgré la gêne dans l'administration du chloroforme — et surtout malgré les mouvements du malade, toujours plus ou moins réveillé — et l'hémorrhagie. Un tamponnement rigoureux de l'orifice postérieur des fosses nasales permet d'éviter un des accidents les plus inquiétants de l'hémorrhagie, la chute du sang dans le larynx (1). Mais cette hémorrhagie ne continue pas moins à masquer le champ opératoire et à forcer d'opérer à l'aveugle. Dans bien des observations, on constate que ces difficultés n'ont point permis une ablation régulière, qu'elles ont forcé de se contenter d'un arrachage plus ou moins sommaire à la pince, d'une section faite dans la tumeur même, à l'anse galvanique et à l'écraseur, les portions restantes étant enlevées après coup à la curette tranchante ou à la rugine. Les difficultés de la pratique sont sans doute bien difficiles à concilier avec les exigences de la théorie; on peut cependant dire que de semblables ablations ne donnent guère de chance de succès durable. Quand une tumeur n'est point enlevée en bloc, en outre des dangers de greffes néoplasiques, on court les plus grands risques de ne point retrouver complètement les prolongements laissés. On s'attachera donc à faire, à moins de nécessité absolue, toujours porter les sections dans les parties saines qui entourent la tumeur. Pour les parties molles, le galvanocautère et l'anse galvanique seront les instruments les plus com-

(1) VERNEUIL. De l'écoulement sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face et des moyens propres à en atténuer les inconvénients. (*Archives générales de médecine*, t. XVI, p. 383, 1870.)

modes ; pour les os , on emploiera tour à tour la scie à chaîne, la pince coupante, le ciseau et le maillet. Il arrive par moments que le champ opératoire est tout à coup noyé par une hémorrhagie en nappe ; le meilleur moyen de l'arrêter consiste dans un tamponnement de quelques instants à la gaze iodoformée. Les larges applications de poudre d'antipyrine arrêtent aussi assez bien ces hémorrhagies.

3. Après l'ablation, suivie d'un bon lavage antiseptique, on doit également tamponner la cavité en s'arrangeant pour pouvoir retirer ce tampon après la suture du volet de nez séparé. Le mieux consiste dans une longue mèche mince de gaze iodoformée à extrémité ressortant par la narine. La suture du nez est des plus faciles à faire ; elle prend avec une grande rapidité, et souvent, dès le troisième jour, la réunion est assez parfaite pour qu'on puisse retirer les fils.

Dans les cas où l'ablation n'a pas été certainement complète, il y a avantage, ainsi que l'a montré M. Verneuil, à renoncer à la réunion immédiate. On peut ainsi exercer une surveillance rigoureuse et détruire, par des interventions complémentaires faites sitôt qu'ils sont apparus, les bourgeons suspects qui pourraient faire craindre une repullulation du mal. Souvent, dès les premiers jours, on aperçoit ainsi, grâce à l'arrêt de toute hémorrhagie, des points qu'il faut enlever ou cautériser. L'anesthésie locale par la cocaïne permettra de le faire facilement. Pour exercer cette surveillance, l'incision dorsale est particulièrement commode. M. Verneuil (1) la fait assez souvent au thermocautère pour avoir moins à lutter contre la tendance à la réunion. La séparation définitive pour obtenir cette réunion est plus ou moins tardive. La réunion a été faite à des dates variant de quinze jours à dix-huit mois dans les observations de Metaxas. A côté des avantages de ces réunions tardives, on doit pourtant signaler un de leurs inconvénients, le découragement que peut produire chez le malade cette persistance d'une plaie béante. — Aussi beaucoup de chirur-

(1) *Loco citato*, p. 171 et suivantes.

giens (1) préfèrent-ils faire faire toujours la réunion et se contentent de surveiller les récidives par des examens rhinoscopiques fréquents.

C. L'ablation de quelques tumeurs limitées se fait par suite de leur siège avec des modifications plus ou moins considérables, que nous venons de décrire. Les petites tumeurs assez fréquentes de la cloison peuvent être enlevées par l'incision naso-génienne, ainsi que l'a fait dans plusieurs cas Richet. On peut aussi, surtout quand elles occupent la partie inférieure de la cloison, les enlever par un procédé spécial, comme dans l'observation suivante de Leriche.

La tumeur enlevée par Leriche (2) occupait la cloison, à un demi-centimètre environ au-dessus du bord libre; elle mesurait 15 millimètres d'avant en arrière sur 10 de hauteur et de largeur. C'était vraisemblablement un sarcome (?) Leriche décrivit deux incisions qui, partant chacune d'un côté de la sous-cloison, venaient se croiser sur la lèvre supérieure. Le V ainsi obtenu fut détaché par sa face profonde avec des ciseaux courbes qui, du même coup, entamèrent le cartilage jusqu'au niveau de la tumeur. Un second coup de ciseau, parallèle au bord libre de la cloison, mobilisa celle-ci, restée adhérente par son extrémité antérieure. Un coup de bistouri libéra les adhérences que la cloison, par suite de cautérisations répétées, avait contractées avec la narine gauche. Il fut dès lors facile d'achever l'ablation en quelques coups de ciseaux. En introduisant le doigt dans la narine, on trouva un petit bourgeon sur le côté gauche de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. En suturant le V labial, Leriche remit en place la languette de sous-cloison respectée; elle se trouva ainsi placée au-dessous de la perte de substance circulaire pratiquée dans la cloison. L'hémorrhagie fut facilement arrêtée par le perchlorure de fer. Le résultat esthétique fut parfait. Pas de troubles fonctionnels. Pas de récidive après plus d'un an.

Les tumeurs qui siègent sur le cornet inférieur offrent

(1) Voir VERCHÈRE, *Archives de laryngologie*, 1887, n° 1.

(2) LERICHE, *Gazette des hôpitaux*, p. 578, 1874.

l'avantage d'être facilement enlevées en masse avec le cornet et permettent de se contenter d'incisions préliminaires peu considérables. Les tumeurs du plancher des fosses nasales nécessitent souvent une résection plus ou moins étendue de la voûte palatine et des incisions buccales.

III

A. Le diagnostic des tumeurs diffuses extrêmement étendues des fosses nasales n'offre guère de difficultés au point de vue de la nature maligne qui n'est que trop évidente. Mais le diagnostic des contre-indications opératoires est singulièrement délicat. La question se pose de savoir si l'on peut encore espérer, au prix de sacrifices considérables, une ablation complète ou s'il faut se borner au traitement palliatif.

Les contre-indications tirées de l'état général ne peuvent être méconnues par un examen attentif et complet. Les métastases viscérales se rencontrent avec une certaine fréquence à cette période de l'affection, en particulier dans le poumon et le foie. Même sans lésions viscérales, une cachexie trop avancée constitue évidemment un motif de renoncer à des interventions aussi graves.

Les contre-indications résultant de l'état local sont plus difficiles à apprécier. Les fosses nasales, par leurs connexions multiples, se prêtent singulièrement aux irradiations des tumeurs. Il n'est point aisé de reconnaître ni l'étendue ni la direction de ces irradiations. Celles qui se font à travers l'ethmoïde, les plus importantes comme contre-indication absolue d'opération, peuvent, en particulier, évoluer sans grand retentissement, sans troubles cérébraux, et n'être constatées, comme cela est arrivé dans plusieurs cas, qu'au cours de l'opération. Parfois même elles existent dans des tumeurs qui, par leur aspect, semblent encore assez peu avancées dans leur évolution. Pean (1), par exemple, a

(1) NÉLATON. *Pathologie externe*, t. III, p. 741.

rapporté un fait où la tumeur était constituée par des polypes très nombreux, du volume d'un grain de millet au volume du pouce, occupant tout le pourtour des fosses nasales. Une tentative d'ablation resta très incomplète et fut cause d'une méningite, qui emporta le malade en deux jours. A l'autopsie, on constata que ces polypes avaient envahi les sinus maxillaires ethmoïdaux et même sphénoïdaux et pénétré dans la cavité crânienne. Il faudra donc toujours tenir grand compte des moindres troubles qui semblent indiquer une irradiation vers la base du crâne et, en particulier, des troubles oculaires.

Une étude didactique sur les tumeurs des fosses nasales devrait discuter longuement aussi le diagnostic entre les tumeurs des fosses nasales ayant envahi les parties voisines et les tumeurs des parties voisines, du maxillaire supérieur en particulier, ayant envahi les fosses nasales. En pratique, les commémoratifs, la situation de la masse principale de la tumeur ne permettent point d'ordinaire d'hésiter, et toute la question est de savoir si la masse totale, tumeur originaire et prolongements, peut être enlevée complètement. L'origine primitive ne fournit, à cet égard, que des renseignements aléatoires. Des sarcomes partis du périoste de l'ethmoïde et de l'apophyse basilaire pourront envahir le nez et les cavités adjacentes sans pénétrer dans le crâne; des épithéliomas, d'apparence beaucoup moins étendue, pourront avoir perforé les os.

Le mode d'intervention chirurgical est lui-même réglé par l'envahissement de la tumeur, soit en étendue sur la muqueuse et les couches sous-jacentes, soit en profondeur dans le tissu osseux. Dans le premier cas, l'ablation peut encore se faire après diverses opérations préliminaires destinées à donner un jour plus grand que celles qui ont été signalées jusqu'ici. Dans le second, elle nécessite des résections osseuses intéressant le plus souvent le maxillaire supérieur et faites par les procédés ordinaires de résection de cet os.

B. 1° Les opérations préliminaires proposées pour per-

mettre un large accès dans les fosses nasales sont très nombreuses. La plupart d'entre elles ont été d'ailleurs proposées principalement pour l'ablation de polypes nasopharyngiens. Elles comprennent tous les modes de renversement possibles du nez : sur le côté (Chassaignac, Langenbeck, Beckel); en haut (Lawrence) (1); en bas (Ollier) (2) et sa division en deux moitiés complètes avec division correspondante de la lèvre supérieure.

Nous ne pouvons décrire en détail que le procédé de Chassaignac et d'Ollier, le premier plus favorable peut-être dans les tumeurs unilatérales, le second dans les tumeurs bilatérales. Voici cette description d'après la thèse de Goguel (3).

A. Dans le procédé de Chassaignac, l'opérateur, placé en face du malade, pratique une incision transversale d'un orbite à l'autre, fait tomber sur cette première incision, du côté gauche, une section verticale descendante, un peu oblique, puis, arrivé au niveau de la partie inférieure de l'orifice des narines, change brusquement de direction et pratique une incision transversale qui s'étend de gauche à droite dans toute la largeur de la partie inférieure du nez. De cette manière, le nez se trouve inscrit dans un lambeau rectangulaire qui ne tient plus que par un seul côté au reste de la face.

Les tissus cutanés et cartilagineux, qui constituent l'enveloppe extérieure et une partie de la charpente nasale, sont alors séparés par de larges et rapides incisions, de manière à permettre de rejeter ce lambeau nasal tout d'une pièce sur la joue droite.

Ce premier temps de l'opération une fois terminé, on doit s'occuper de l'agrandissement de l'orifice antérieur des fosses nasales par des sections osseuses, faites de la manière suivante :

Au moyen d'un trépan perforatif de Laugier, on pratique une ouverture qui conduit de l'un des orbites dans celui du

(1) *Thèse de Paris*, 1874.

(2) *Société de chirurgie*, 13 mai 1889.

(3) GOGUEL. Résection temporaire des os de la face.

côté opposé. La scie à chaîne, introduite à travers ce conduit, permet de sectionner en une seule fois, et d'arrière en avant, les puissantes attaches qui unissent au frontal la base des os du nez, ainsi que le sommet des apophyses montantes du maxillaire supérieur. Il s'agit alors, pour enlever l'espèce d'auvent que représente la voûte osseuse externe du nez, de faire partir de chacune des deux extrémités du conduit interorbitaire qui vient d'être pratiqué une section oblique qui va, de chaque côté, rejoindre le bord de l'orifice cordiforme des fosses nasales.

A cet effet, deux autres scies à chaîne sont conduites de chaque extrémité du conduit interorbitaire occupé par la première scie à chaîne, vers la cavité nasale, à travers laquelle elles sont amenées au dehors. Elles ont pour objet de sectionner la partie latérale de la voûte du nez. Ces deux dernières scies peuvent être remplacées par la cisaille de Liston, mais seulement chez les jeunes sujets.

De cette manière on ouvre une voie spacieuse, surtout lorsqu'on la complète par la section de quelques-unes des lamelles qui, sous le nom de cornets ou de cloisons, pourraient encore exister dans les fosses nasales.

B. Le procédé d'Ollier comprend deux temps :

Premier temps. Incision de la peau et section verticale de la charpente de l'auvent nasal ; *deuxième temps*, mobilisation de la cloison.

On fait une incision en forme de fer à cheval, commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant directement vers le point le plus relevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin, jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez. Cette incision va du premier coup jusqu'à l'os. On prend alors une scie à lame droite, et l'on sectionne rapidement la plaie extérieure. On arrête la scie dès qu'on sent qu'on a dépassé les apophyses montantes.

On achève de mobiliser le nez par quelques coups de ciseaux sur la cloison et les cartilages des ailes, on le ren-

verse en bas et l'on fait au besoin la ligature des deux branches de la frontale externe à la racine du nez.

L'ouverture antérieure des fosses nasales ne donnerait pas assez de jour pour explorer la région naso-pharyngienne; aussi faut-il mobiliser la cloison. Souvent elle est déjetée à droite ou à gauche par le polype lui-même; elle est même usée en partie. Aussi est-il facile de la déjeter par l'introduction forcée du doigt seulement.

Dans certains cas, une section avec les ciseaux à la partie supérieure ou à la partie inférieure est utile pour la mobiliser en masse, mais le déjettement avec les doigts seuls n'a pas d'inconvénients et a pour avantage de ne pas interrompre la continuité de la muqueuse.

Le procédé d'Ollier donne avec un jour très large un pédicule bien nourri par les artères de la sous-cloison et de l'aile du nez. Après la suture, le nez, bien qu'un peu violacé, conserve sa chaleur, et l'on n'a jamais observé de sphacèle même partiel.

La traction que le poids du nez doit théoriquement exercer sur les sutures n'a jamais été pratiquement suivie d'effet nuisible.

La réunion, très rapide pour les parties molles, demande six semaines environ pour les os, mais dès la deuxième semaine commence la consolidation fibreuse. Dans les opérations sur le vivant, Ollier a renoncé d'ailleurs à scier les apophyses montantes et n'en obtient pas moins un jour suffisant pour apercevoir parfaitement l'ethmoïde. La cicatrice opératoire est à peine visible. Dans un cas, pour surveiller une hémorrhagie persistante, Ollier dut attendre dix-huit heures avant de recoudre le nez, la réunion n'en fut pas moins parfaite.

C. Si brillantes que soient ces opérations préliminaires, on ne doit point oublier que c'est seulement après elles, au moment de l'ablation de la tumeur, que commence la vraie tâche du chirurgien. Sans doute, plus le jour sera large, plus on se rendra facilement maître de l'hémorrhagie, plus on pourra poursuivre sans trop de danger les prolongements

ethmoïdaux. Mais l'ablation complète n'en restera pas moins trop souvent bien périlleuse et bien difficile. L'ablation des tumeurs dures peut encore se faire avec quelque régularité ; Ollier fait remarquer que ce sont elles qui récidivent le moins.

Mais celle des tumeurs molles ne sera trop souvent qu'un mélange d'arrachage, de grattage, de cautérisation.

Cette dernière pourra être faite soit au thermo ou au galvanocautère, soit au chlorure de zinc. Elle devra être le complément nécessaire de toutes les opérations par morcellement pour diminuer les dangers de greffe et d'ablation incomplète. Mais le résultat thérapeutique définitif ne saurait malgré tout, dans ces ablations irrégulières, laisser beaucoup d'illusion.

D. La résection du maxillaire supérieur est souvent nécessaire dans les tumeurs diffuses, moins pour ouvrir une voie plus large au chirurgien que pour enlever les portions d'os envahies par le néoplasme. Chez un malade opéré plusieurs fois inutilement et chez qui les récidives successives avaient envahi la cavité buccale, le sinus maxillaire, la fosse temporale, Kirmisson (1) par une résection de ce genre obtint une survie d'un an. Comme toutes les opérations antérieures s'étaient accompagnées d'hémorrhagies extrêmement abondantes, il fit, avant la résection, la ligature de la carotide externe. L'ablation ne put être totale ; les implantations pharyngiennes furent entièrement ruginées, mais les prolongements ethmoïdiens ne purent être suivis jusqu'au bout par crainte de méningite. Parfois même les chirurgiens n'ont point hésité devant la résection des deux maxillaires, et Braun (2) a pu dans sa statistique réunir onze de ces opérations ; les résultats ne sont guère encourageants ; quatre des malades succombent dans les premiers jours de l'opération par épuisement, par pyohémie, par embolie ; cinq autres meurent de récidives en trois, sept, neuf, quinze et vingt-deux mois. Les deux malades portés comme guéris n'ont pas été suivis

(1) *Gazette des hôpitaux*, p. 19, 1886.

(2) *Archiv für klinische Chirurgie*, p. 739, 1876.

pendant plus d'un an. Décrire en détail les procédés employés dans ces ablations extrêmes nous paraît inutile. Elles ont constitué moins des opérations régulières que des opérations de nécessité. En outre des deux maxillaires des cornets et du vomer, Lang, dans un cas, a réséqué les deux os malaires et une partie de l'ethmoïde. Simon, dans un autre, a enlevé les maxillaires, les os malaires et palatins, une partie du vomer et de l'ethmoïde, l'apophyse zygomatique du temporal du côté droit. La trachéotomie préalable a été nécessaire dans un autre cas de Simon.

On doit cependant ajouter que la cicatrisation répare merveilleusement ces énormes mutilations. Un des moulages de l'hôpital Saint-Louis représente une opérée de M. Péan (1), ayant subi pour un épithélioma l'ablation totale des fosses nasales et des deux maxillaires supérieurs; la cavité qui reste après la cicatrisation paraît minime en comparaison de la perte de substance effectuée.

IV.

A. Les opérations dirigées contre les tumeurs malignes des fosses nasales sont, on le voit, très variables comme gravité et comme difficultés. Aussi est-il difficile d'indiquer d'une façon générale et leurs suites opératoires et leur résultat thérapeutique.

1. Les suites opératoires sont ordinairement favorables, plus favorables même que ne pourraient le faire supposer l'étendue de la mutilation. Dans les résections doubles du maxillaire supérieur la mortalité atteint cependant 36 0/00. Par contre, elle est restée nulle dans les sept cas d'ablation de tumeurs de la partie inférieure de la cloison que nous avons pu réunir. Sur l'ensemble des cinquante et une autres observations, de gravités diverses, qui nous ont servi dans la rédaction de ce travail, nous ne trouvons mentionnés que six décès.

(1) Collection particulière de M. Péan, pièce 701.

Le danger immédiat le plus grave est l'hémorrhagie ; la chute du sang dans le larynx semble constituer une complication encore plus redoutable que l'hémorrhagie elle-même. Le tamponnement postérieur des fosses nasales permet d'éviter cette complication.

Les phénomènes d'infection sont assez fréquemment signalés dans les diverses observations. Ils sont surtout graves quand les opérations ont intéressé l'ethmoïde ; la moindre suppuration peut, en effet, amener une méningite. L'érysipèle est aussi assez fréquent. Bien que la méthode antiseptique soit d'un emploi moins facile dans les opérations sur les fosses nasales que dans celles qui portent sur des régions moins anfractueuses et plus accessibles, elle peut et doit diminuer, sinon supprimer tout à fait ces accidents. Ricc (1), dans sa communication sur l'antisepsie dans la chirurgie nasale, recommande surtout les lavages antiseptiques tant avant qu'après l'opération. Comme on ne saurait espérer une absence complète d'exsudation et comme il est impossible de mettre, comme pour d'autres plaies, cette exsudation tout à fait à l'abri de l'air, c'est en l'enlevant à mesure qu'elle se forme qu'on évitera l'infection. Les tampons serrés, les poudres même antiseptiques qui favoriseraient la rétention seraient plus nuisibles qu'utiles. Ce sont, on le voit, les idées souvent émises par M. Verneuil sur la nécessité d'ouvrir un large écoulement dans toutes les plaies cavitaires. Au premier rang des moyens antiseptiques qu'il indique, M. Verneuil place les pulvérisations phéniquées. Celles-ci seront d'autant plus utiles qu'il est fort difficile d'appliquer un pansement bien occlusif et qu'il importe d'assainir, autant que possible, le milieu où séjournera le malade après l'opération.

2. Les résultats définitifs sont impossibles à indiquer, presque toutes les observations ayant été publiées en hâte aussitôt après l'opération. Alors même qu'aucune récidive n'a été constatée après quelques mois, ce délai est évidemment trop court pour qu'on puisse parler de guérison. Dans un seul

(1) Voir *Annales*, n° 11, p. 384, 1888.

cas, celui de Mason, le malade a été suivi pendant six ans ; le fait est d'autant plus intéressant que la dernière opération faite portait sur une tumeur ayant récidivé déjà deux fois.

Ces résultats paraissent généralement peu favorables. Sans parler des faits où l'ablation reste incomplète et où la repullulation est immédiate, dans bon nombre d'autres la récidive est signalée au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Assez souvent elle se fait sur des points où n'existait aucune implantation de la tumeur ; n'est-il point alors permis de songer à des greffes opératoires ?

Sans oublier toutes les difficultés de l'intervention chirurgicale, il est une critique qui paraît résulter de la lecture d'ensemble des observations. L'intervention semble réserver toutes ses ressources et toute son énergie pour les tumeurs diffuses à peu près inopérables ; dans les tumeurs petites et limitées, elle se contente trop souvent de demi-mesures, arrachement, cautérisation, etc. En réalité, c'est en enlevant très largement et très soigneusement ces petites tumeurs que la chirurgie du cancer peut avoir des chances sérieuses d'être utile. Quant aux grandes mutilations, telle que la résection double des maxillaires, on ne saurait garder beaucoup d'espoir dans leur efficacité. Certes, contre une affection fatalement mortelle, les tentatives de traitement les plus audacieuses et les plus douloureuses sont permises. Mais la nature maligne une fois constatée, c'est, tout paradoxale que cette opinion puisse paraître, contre les tumeurs les plus petites que le chirurgien doit agir avec le plus d'énergie.

B. Le traitement purement médical peut-il avoir dans quelques cas des prétentions non seulement palliatives mais curatives (1) ? Il est superflu d'insister sur l'utilité que peuvent avoir l'usage interne de l'arsenic dans les sarcomes et les applications de chlorate de potasse dans les épithéliomas. Le chlorate de potasse a surtout réussi dans les épithéliomes de la peau du nez ; cependant, dans un cas observé par Terrier (2), « la marche d'un épithéliome de la cloison

(1) *Thèse d'Hyvernaud. Paris, 1887, 8 observations, p. 19-25.*

(2) *Manuel de pathologie chirurgicale, t. XI, p. 423.*

a été arrêtée; et la cicatrisation s'est effectuée sous l'influence des applications locales de chlorate de potasse pulvérisé. » L'opinion de Voltolini sur un moyen beaucoup moins connu, la tisane de Zittmann mérite d'être discutée davantage. Voltolini (1) recommande l'usage de cette tisane, tant dans les cas où le diagnostic est incertain avec la syphilis que dans les tumeurs malignes difficilement opérables. La tisane de Zittmann comprend deux préparations (2) que Voltolini recommande d'administrer, en alternant, de la façon suivante. Le premier jour, administration d'une pilule laxative composée de :

Résine de jalap.....	10 cent.
Gomme gutte.....	2,5.
Aloès.....	20

Dès le second jour, on donne, matin et soir, un demi-litre

(1) VOLTOLINI. *Loco citato*, p. 318.

(2) Voici les deux formules de la tisane de Zittmann :

1^{re} Tisane de Zittmann n° 1.

Salsepareille.....	400 grammes.
Faites digérer pendant vingt-quatre heures dans :	
Eau.....	24.000 —
Ajoutez :	
Sucre d'alun (alun 4, kino 1).....	50 —
Calomel.....	15 —
Cinnabre.....	3 —
Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers et ajoutez :	
Feuilles de Séné.....	100 —
Racine de réglisse.....	50 —
Anis.....	15 —
Fenouil.....	15 —
Laissez infuser quelques instants; passez. —	
Demi-litre matin et soir.	

Tisane de Zittmann n° 2.

Résidu de la décoction précédente, plus :	
Salsepareille.....	200 —
Faites bouillir dans :	
Eau.....	9.000 —
Ajoutez :	
Ecorce de citron	} à à..... 10 —
Cardamome	
Cannelles	
Réglisse	

Passez. Un litre au milieu du jour.

Pendant l'été, il est bon de réduire ces diverses doses de moitié, de façon à ce que la consommation soit plus rapide et que la préparation n'ait pas le temps de fermenter.

de la tisane n° 1, et dans l'après-midi un litre de la tisane n° 2 ; on continue pendant huit jours ; vers le cinquième jour, on donne une nouvelle pilule purgative si le malade ne va point suffisamment à la selle, et on suspend ce jour-là le médicament. Le malade doit, pendant toute la cure, manger peu et garder un repos presque complet. Les anciens médecins exigeaient même le séjour absolu au lit. Après huit jours de suspension pendant lesquels le malade continue à s'alimenter légèrement et à ménager ses forces la tisane est reprise. D'après la composition du médicament, il est permis de se demander si les prétendues guérisons de tumeurs malignes n'étaient point des guérisons de lésions syphilitiques. Ce n'est que dans les tumeurs inopérables ou dans les tumeurs de diagnostic incertain que cet essai devient permis. Chez les sujets affaiblis, Voltolini recommande de diminuer les doses journalières de moitié en portant au double la durée de l'administration ; chez les cancéreux et surtout chez les cancéreux âgés, ces doses moins massives devront souvent être préférées.

C. Les hémorrhagies, qui sont fréquentes et souvent extrêmement abondantes dans les dernières périodes des tumeurs malignes des fosses nasales, peuvent être combattues par différents moyens. Le tamponnement, qui constitue dans les hémorrhagies immédiatement menaçantes la méthode de nécessité, ne doit point être la méthode de choix. Il est toujours très douloureux et favorise souvent le retour des hémorrhagies, tant par le déplacement des caillots au moment de l'ablation du tampon qu'en augmentant par le séjour des produits septiques l'infection des ulcérations cancéreuses. Quand on sera réduit à le pratiquer, on devra tâcher d'éviter, autant que possible, ce dernier effet particulièrement nuisible par l'emploi de gaze iodoformée.

Il sera de même indiqué, afin d'éviter autant que possible le retour des hémorrhagies, de tâcher d'obtenir une aseptie aussi complète que possible des fosses nasales. Les insufflations, les inhalations de poudre d'acide borique, d'iodoforme et surtout de salol seront à cet égard utiles.

Les lavages antiseptiques devront être faits avec ménagement pour éviter une hémorrhagie par action mécanique ; il sera bon d'employer des solutions, soit très froides, soit très chaudes. Ces dernières, qui ont le grand inconvénient d'être douloureuses, peuvent également constituer un moyen d'arrêt des hémorrhagies. Par suite des dangers d'intoxication, on ne peut guère employer comme antiseptique que l'acide borique et surtout le chloral à 1 0/00. La décoction de camomille fraîche constitue aussi un bon désinfectant.

L'antipyrine, soit en poudre, soit en solution au dixième, est un excellent hémostatique ; c'est un des premiers moyens à essayer, au moins dans les épistaxis légers. Rappelons aussi la poudre formée d'une partie de tannin pour onze de gomme arabique (Guéneau de Mussy). La compression de la carotide correspondante à l'hémorrhagie ou des deux carotides dans les hémorrhagies doubles a quelquefois donné de bons résultats.

Parmi les moyens chirurgicaux, la ligature, soit de la carotide externe, soit de la carotide primitive, ne constitue, en dehors de ses dangers opératoires, qu'une ressource assez précaire. Cette ligature, dans les tumeurs des fosses nasales, a d'ailleurs été plus souvent pratiquée comme premier temps d'une opération, afin de diminuer la perte de sang au cours de l'opération, que comme moyen d'arrêter les hémorrhagies. Elle ne mettrait point, en tous cas, après un arrêt plus ou moins prolongé, obstacle à leur retour.

Contre ces hémorrhagies à répétition, le mieux paraît être de chercher à modifier par des cautérisations les surfaces ulcérées. Voltolini recommande surtout la galvano-caustique et l'électrolyse. Le pôle positif devra toujours être le pôle intranasal quand on aura pour but l'arrêt des hémorrhagies. Verneuil, dans un cas de tumeur érectile de la pituitaire, obtint une très grande amélioration par des cautérisations au thermocautère. Celles-ci furent faites, après tamponnement postérieur, par l'orifice donné par une incision dorsale du nez. Dans un cas analogue, chez un malade (1)

(1) Voir MAYEN, *du Sang*, Paris 1889, p. 442.

dont les épistaxis étaient tellement abondantes qu'il avait dû subir une première fois la transfusion du sang, notre maître, M. Périer, eut devant un nouveau retour des hémorrhagies, recours au procédé suivant. Afin d'éviter l'emploi du chloroforme, il fit donner au malade 10 grammes de chloral. Puis, la somnolence obtenue, ayant pratiqué le tamponnement postérieur il fit une large irrigation des fosses nasales avec un litre environ de solution de chlorure de zinc à 8 0/00. Les douleurs consécutives, extrêmement vives, furent apaisées par une série d'injections de morphine. Le résultat thérapeutique fut excellent. L'opération parfaite à la fin de 1882, et depuis quelques légères cautérisations faites à de rares intervalles sur les points qui semblaient menacer de s'ulcérer ont suffi à prévenir le retour des hémorrhagies. Une seule fois seulement dans ces huit années, en 1886, il fût nécessaire de recourir de nouveau à une cautérisation plus intense avec la solution de chlorure de zinc à 3 0/00. L'emploi d'un caustique liquide pénétrant dans les moindres anfractuosités permet évidemment mieux que le thermo ou le galvanocautère de modifier toute la surface des ulcérations. Un autre point mérite d'être signalé dans cette observation. La transfusion de 120 grammes de sang, faite lors d'une première succession d'épistaxis en février 1882, amena pendant près d'un an la cessation des hémorrhagies.

D. La gêne produite par le développement énorme atteint par la tumeur à ses dernières périodes est souvent telle qu'on est tenté d'y remédier par des ablations au moins partielles. C'est une ressource bien infidèle et sur laquelle on ne saurait trop compter. Dans les ablations faites pour dégager les fosses nasales, les caillots formés par l'hémorrhagie obstruent bien vite les portions dégagées. Les ablations ont porté le plus souvent sur les prolongements buccaux. L'hémorrhagie primitive, même avec l'anse galvanique, n'est point toujours facile à éviter ni à arrêter; l'hémorrhagie secondaire à la chute des escharres constitue un danger encore plus grand. La repullulation est de plus extrêmement rapide. Dans une observation de Delstanche, chez

un malade atteint d'un cancer des fosses nasales (1), avec prolongements qui obstruaient toute la bouche, on se décida à enlever le champignon intrabuccal. La repullulation se fit si vite qu'il fallut faire deux nouvelles opérations pendant les trois semaines que se prolongea encore la vie du malheureux.

Voltolini, dans quelques cas où il s'agissait surtout de désobstruer les fosses nasales, dit avoir employé avec succès le galvanocautère, et surtout l'électrolyse (2). Le courant, en dehors de la destruction mécanique qu'il produit, diminuerait les douleurs; peut-être aussi ralentirait-il la marche de l'affection

II

CINQ OBSERVATIONS D'OTITES MOYENNES SUPPURÉES, GRAVES, CONSÉCUTIVES A LA GRIPPE. — OUVERTURE DE L'APOPHYSE.

Par Henri **R. CHATELLIER**, ancien interne des hôpitaux, préparateur d'histologie à la Faculté.

Plusieurs médecins ont écrit des articles sur les complications auriculaires de l'épidémie de grippe qui vient de prendre fin. Tous ont rapporté des cas assez nombreux, il est vrai, mais bénins.

Or, du 26 novembre 1889 au 2 février 1890, nous avons dû pratiquer cinq fois l'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde pour des cas d'otites moyennes consécutives à la grippe.

Si nous rapprochions ce chiffre de cinq cas graves de la somme totale des otites moyennes consécutives à la grippe que nous avons eues à soigner, nous devrions, à l'encontre de nos confrères, dire que les complications auriculaires ont eu une gravité tout exceptionnelle.

(1) *Annales maladies oreilles et larynx*, p. 129, 1884.

(2) *Loco citato*, p. 323.

Nous pourrions même citer un sixième cas; mais le malade ayant été opéré par un chirurgien que nous avons appelé en consultation, l'observation ne nous appartient pas.

Nous ne formulerons pas cependant une opinion aussi radicalement opposée à celle qui a été exprimée, car nous savons que beaucoup de médecins ont rencontré des otites moyennes qu'ils ont soignées eux-mêmes.

Quant à expliquer pourquoi nous avons eu un nombre relativement grand de cas à opérer, nous ne pouvons guère invoquer que le hasard.

Ajoutons encore qu'un chirurgien, connu pour opérer les apophyses mastoïdes, nous disait récemment en avoir opéré quatre cas pendant l'épidémie.

OBSERVATION I. — *Grippe. — Orite moyenne suppurée droite. — Guérison de l'otite. — Rechute. — Douleurs intenses dans l'apophyse. — Infection purulente. — Ouverture de l'apophyse. — Guérison.*

D..., 31 ans. Bonne santé antérieure. Au commencement de novembre 1889 a la grippe avec coryza, à la suite de laquelle il est pris d'une otite moyenne suppurée aiguë droite. Amélioration rapide de l'otite.

15 novembre. — Depuis plusieurs jours il n'y a plus ni écoulement ni douleurs, quand survient une nouvelle poussée d'otite avec douleurs auriculaires et mastoïdiennes très intenses. Le traitement antiseptique rigoureux est institué. L'écoulement purulent et les douleurs s'amendent.

22 novembre, matin. — Le malade semble aller mieux, et, comme il habite la campagne, il ne doit revenir que le lundi 25.

Dans l'après-midi, à 3 heures, frisson intense, avec claquement de dents.

23 novembre. — A 3 heures du soir nouveau frisson.

24 novembre. — A 3 heures du soir frisson.

25 novembre. — Plusieurs frissons pendant la journée.

Le soir, à 6 heures, facies très altéré, douleurs intenses dans l'apophyse du côté droit, pas de gonflement dans la région. Pus en notable quantité dans le conduit. La perforation a environ 2 millimètres de diamètre, et siège dans le quadrant antéro-inférieur. Le premier ne détermine de douleurs qu'au niveau de la pointe de l'apophyse, au niveau de son bord antérieur.

Les douleurs spontanées dans l'apophyse sont très intenses. On n'observe ni rougeur ni empâtement derrière le pavillon.

On décide l'ouverture de l'apophyse pour le lendemain matin.

26 novembre. — Le malade est endormi au chloroforme, les tissus mous sont incisés et on arrive sur la surface osseuse. Aucun épaissement du périoste. La couche corticale est absolument saine.

Ouverture de l'os. Immédiatement au-dessous de la corticale on trouve un tissu spongieux violacé, que l'on enlève tantôt à la gouge, tantôt avec la curette de Volkmann.

Au milieu des trabécules osseuses existe un tissu mou, formé de granulations.

On ne trouve aucune cavité et pas une goutte de pus.

Le canal opératoire est creusé en dedans et en avant jusqu'à une profondeur de 12 millimètres, mesurés perpendiculairement à partir du bord antérieur de l'ouverture osseuse jusqu'au fond du canal opératoire. (Rappelons que ce bord antérieur se confond pour ainsi dire avec le bord postérieur du conduit auditif osseux, et qu'il est sur un plan plus interne que la surface externe de l'apophyse).

Mis un drain et pris tous les soins antiseptiques pendant et après l'opération; enfin, réuni avec des points de suture, les bords de la plaie des parties molles, sauf au niveau du drain.

Le liquide injecté par le conduit auditif ne sort pas par le drain.

Jusqu'à la fin du traitement les lavages sont faits avec la liqueur de Van Swieten pure.

Pansement à la gaze iodoformée, recouvert d'une épaisse couche de coton au sublimé.

A 3 heures du soir T. 38°,9. Le malade ne souffre plus de l'oreille ni de l'apophyse, mais il se plaint d'une douleur au niveau de la partie antéro-externe de la jambe droite. En ce point existe un petit noyau cutané douloureux reconnaissant pour cause une coagulation dans une veine superficielle.

Sulfate de quinine, 2 grammes en huit paquets à prendre toutes les 3 heures.

A 6 heures du soir T. 40°,1. Pas de frisson pendant la journée.

27 novembre. — *Matin* T. 37°,8. Peu de pus dans le conduit. Le liquide injecté par cette voie ressort par le drain. Les douleurs de l'oreille et de l'apophyse sont nulles.

Soir T. 40°. Le malade n'a pas eu de frissons, mais accuse plusieurs points très douloureux : au niveau du triceps brachial droit, au niveau du triceps brachial gauche et dans l'épaule gauche. A la jambe droite, la nodosité constatée hier s'est étendue et la peau rougit.

Continué le sulfate de quinine.

28 novembre. — Matin T. 38°,4. Très peu de pus dans le conduit auditif et dans le drain. Le lavage passe du conduit auditif par le drain.

Le malade ne souffre pas de l'oreille ni de l'apophyse mastoïde. On sent des empâtements profonds au niveau des triceps brachiaux droit et gauche. Douleur très vive dans l'épaule gauche, qui ne peut exécuter aucun mouvement à cause de cette souffrance. Pas de frissons.

Continuation du sulfate de quinine.

Soir T. 38°,6.

29 novembre. — Matin T. 38°,5. Soir T. 39°,2. Même état.

30 novembre. — Matin T. 38°,1. Soir T. 38°,7. Même état.

1^{er} décembre. — Matin T. 37°,2. Soir T. 38°,5. Même état.

2 décembre. — Matin T. 37°,8. Soir T. 38°,5.

La tuméfaction de la jambe droite diminue, après avoir en vahé depuis la tête du péroné jusqu'au niveau de la malléole externe. La tuméfaction du bras droit diminue également. A gauche, au contraire, l'empâtement qui siège sous le triceps brachial a augmenté; elle mesure quatre travers de doigt dans le sens de la longueur du membre et trois travers de doigt dans son sens transversal. Dans l'épaule gauche la douleur diminue, mais le malade ne peut remuer le bras.

3 décembre. — Matin T. 36°,5. Soir T. 38°,1.

Jusqu'à aujourd'hui on a fait chaque jour le pansement, et des irrigations du conduit auditif et de la plaie opératoire avec la liqueur de Van Swieten. A partir de ce jour, pansements seulement tous les deux jours. Suppression du sulfate de quinine.

4 décembre. — Matin T. 36°,7. Soir T. 38°,4.

5 décembre. — Matin T. 37°,6. Soir T. 39°,5.

A 4 heures du soir le malade a un frisson.

6 décembre. — Matin T. 37°,5. La tuméfaction du bras gauche a encore augmenté et est devenue fluctuante. Une incision (1)

(1) L'ouverture est pratiquée par M. le Dr Ch. Remy.

verticale est pratiquée à son niveau, et après avoir traversé le triceps brachial on tombe sur une collection purulente qui peut être évaluée à 40 grammes environ. Tamponnement de la poche à la gaze iodoformée.

Le soir la T. tombe à 38°.

7 décembre. — *Matin* T. 36°,4. *Soir* T. 36°,2.

Aucune suppuration n'existant dans la plaie apophysaire ni dans l'oreille, on enlève le drain et on panse à la gaze iodoformée.

Depuis ce jour la température n'a jamais dépassé 37°,2.

19 décembre. — La plaie apophysaire et la plaie du bras sont presque cicatrisées; on panse à plat avec la gaze iodoformée.

Le malade est considéré comme guéri.

Cependant le bras gauche est toujours impotent, le malade ne peut le porter en haut. Il y a atrophie notable du deltoïde. Sous ce muscle existe une collection fluctuante et indolore qui, ponctionnée avec la seringue de Pravaz, donne un liquide séreux louche.

Cette poche, siégeant sous le faisceau antérieur du deltoïde, est incisée largement et lavée à l'acide phénique à 5 0/0, puis les bords suturés. La réunion se fait sans complication par première intention.

Réflexions. — Chez ce malade, qui fut atteint avec une gravité toute particulière, les indications de l'opération furent de deux sortes :

1° Les douleurs extrêmement vives, spontanées surtout, au niveau de la région apophysaire, douleurs que le traitement antérieur n'avait pu diminuer;

2° Les frissons répétés pendant quatre jours, qui indiquaient nettement une résorption purulente.

L'intensité extrême des douleurs spontanées dans l'apophyse est un symptôme d'une importance considérable au point de vue de l'intervention opératoire (Schwartz, Politzer, Zaufal). Nous l'avons vu plusieurs fois se montrer alors qu'il n'existait pas de grande cavité apophysaire ni de gonflement de la région.

Après l'ouverture de l'apophyse les douleurs diminuent, et dans les cas analogues que nous avons vu, les symptômes de résorption ont cédé aussitôt.

OBSERVATION II. — Grippe. — *Otite moyenne suppurée aiguë.* — Douleurs intenses. — Ouverture de l'apophyse. — Guérison en 25 jours.

Mlle X..., 24 ans, est prise de grippe avec coryza au commencement de janvier 1890. Rapidement surviennent des douleurs intenses dans l'oreille droite et au niveau de l'apophyse. La membrane tympanique finit par se perforer et un écoulement purulent s'établit. Le médecin fait faire des lavages à l'eau boricuée.

Comme l'écoulement continue et que les douleurs persistent, nous sommes appelés en consultation le 12 janvier.

Pus dans le conduit auditif droit, petite perforation en bas et en arrière. Le conduit a son calibre normal. L'apophyse mastoïde ne présente aucune trace de gonflement. Elle est le siège de douleurs spontanées et à la pression extrêmement vives. Nous proposons l'ouverture de l'apophyse mais on nous prie de différer.

On continue les lavages à l'eau boricuée.

20 janvier. — Un léger gonflement étant survenu, on nous prie de venir voir la malade, et on se décide à opérer le lendemain.

21 janvier 1890. — Le gonflement a considérablement augmenté depuis hier; aujourd'hui il a envahi toute la région mastoïdienne et s'étend jusque vers la tempe. La malade est endormie au chloroforme, le champ opératoire lavé au sublimé à 1 0/0.

Incision suivant l'insertion du pavillon. Incision horizontale dirigée en arrière au niveau de la paroi supérieure du conduit. Les parties molles sont infiltrées de sérosité, pas de pus. Périoriste décollé de la corticale. Celle-ci présente une incisure très nette, vestige de la réunion du point d'ossification de l'apophyse.

La couche corticale est enlevée, et on tombe immédiatement dans une petite cavité pleine de pus, sans trouver toutefois aucune grande cavité. Tous ces diverticules sont superficiellement situés; ils siègent dans la moitié inférieure de l'apophyse, au voisinage de la pointe et ne se prolongent ni en haut ni vers la profondeur. En dedans de ce système de cavités, on trouve un tissu osseux compact, très résistant et entièrement sain.

Drain, suture des parties molles, lavage au sublimé à 1 0/0.

22 janvier. — Renouvelé le pansement, pas de fièvre.

24 janvier. — Refait le pansement, pas de fièvre.

10 février. — Tous les deux jours on a refait le pansement; actuellement la suppuration a complètement disparu; on enlève le drain. Tamponnement à la gaze au salol.

15 février. — La plaie opératoire est complètement fermée et la malade est considérée comme guérie de sa maladie apophysaire.

Il subsiste cependant un léger écoulement par le conduit auditif, dont il ne reste pas de traces, le 26 février.

Réflexions. — Chez cette malade il n'existait pas de grande cavité mastoïdienne, mais une série de petites cavités communiquant d'une part les unes avec les autres, et d'autre part avec la profondeur par des trajets qu'il a été impossible de découvrir, peut-être par des vaisseaux lymphatiques seulement.

Si nous eussions été entièrement libres, nous eussions opéré la malade au moins huit jours plus tôt, pendant la phase uniquement douloureuse, mais le confrère avec qui nous étions en consultation, ne voyant aucun gonflement du côté de l'apophyse, était pour la temporisation.

Nous croyons que la malade eût guéri plus vite si l'opération eût été plus hâtive. Enfin il n'est pas indifférent de laisser du pus renfermé sous pression dans l'apophyse, quand on est certain de sa présence, car on ne sait jamais de quel côté se fera la rupture.

OBSERVATION III. — Grippe. — Oïte moyenne suppurée. — Ouverture de l'apophyse. — Guérison.

25 janvier 1890. — Grippe-coriza. Oïte moyenne suppurée à début aigu, il y a quinze jours. Le malade vient me trouver aujourd'hui pour la première fois. A l'examen direct, on trouve un effacement complet du calibre du conduit auditif par abaissement de la paroi postéro-supérieure. Pas de phlegmon ni de gonflement au niveau de l'apophyse. Pas de douleurs à la pression. Pas de douleurs spontanées.

26 janvier. — La malade est chloroformée. Incision des parties molles, ouverture de l'os au point d'élection. Aussitôt la couche corticale enlevée on voit le pus apparaître. Un stylet

introduit pénétre dans une large cavité qui s'étend dans toute l'apophyse. Elargi l'orifice osseux, curé la cavité avec la curette de Volkmann, lavé au sublimé à 1 0/0, mis un drain, suturé les parties molles. Lavé le conduit au sublimé. Le liquide injecté dans le conduit ne sort pas par le drain.

27 janvier. — Pas de fièvre. Pansements.

Depuis ce jour, la suppuration a été en diminuant progressivement, sans complication aucune.

26 février. — Il ne reste plus qu'un petit trajet conduisant au centre de l'apophyse et ne donnant qu'une quantité de pus insignifiante.

28 février. — Le trajet fistuleux est presque fermé. La malade est considérée comme guérie.

Réflexions. — Chez cette malade les douleurs ont été presque nulles ; il n'y avait pas de gonflement au niveau de l'apophyse, ni de douleurs à la pression.

L'indication opératoire était l'abaissement extrême de la paroi postérieure du conduit auditif et l'effacement complet de la lumière du conduit.

Il est à remarquer que, dans ce cas seulement, nous avons rencontré une grande cavité pneumatique dans l'apophyse.

OBSERVATION IV. — Grippe. — Otite moyenne aiguë. — Abscès mastoïdien. — Ouverture de l'apophyse. — Grattage de l'abcès. — Guérison en 27 jours.

Grippe-coryza. — Douleurs d'oreilles, à droite, depuis une semaine environ. Pas d'écoulement par le conduit auditif externe.

Le 23 janvier nous voyons la malade pour la première fois. Douleurs vives dans l'oreille et dans l'apophyse. On constate une tuméfaction phlegmoneuse rouge, grosse comme un marron, qui occupe le quadrant postéro supérieur de l'apophyse. Cette tuméfaction n'est pas encore fluctuante. Il n'y a pas d'écoulement par le conduit auditif.

27 janvier. — Nous avons bien recommandé à la malade de venir nous trouver le 24 janvier, mais elle n'en fait rien, et nous ne la revoyons que le 27 janvier.

La tuméfaction phlegmoneuse apophysaire s'est considérable-

ment étendue. — Elle est devenue manifestement fluctuante; le pus se rapproche de la peau. — Le pavillon de l'oreille est repoussé en avant. Toujours pas d'écoulement par le conduit.

Nous décidons enfin la malade à se faire opérer le lendemain.

28 janvier. — La malade est endormie au chloroforme. Le champ opératoire lavé au sublimé à 1/1000.

L'incision des parties molles conduit directement dans un abcès sous-périostique qui renferme deux ou trois cuillerées à soupe de pus. Le fond de cet abcès est formé par la face externe du temporal mis à nu, et rugueux sous le doigt. La plus grande partie de cet abcès est située plus haut que l'apophyse. Quand on a largement ouvert et nettoyé l'abcès, on constate que l'écorce du temporal qui en forme le fond est criblée de petits points rouges dans une surface grande comme une pièce de un franc, tandis que tout autour l'os est blanc et normal. Un stylet fin, introduit dans plusieurs de ces points rouges, pénètre dans l'épaisseur de l'os, mais s'arrête au bout de quelques millimètres sans pouvoir pénétrer dans la profondeur. Il ne s'écoule pas de pus par ces petits orifices; aussi nous décidons-nous à attaquer l'apophyse au lieu d'élection.

L'opération est continuée comme d'habitude; une seconde incision, antéro-postérieure, partant de la première, au niveau de la paroi supérieure du conduit, circonscrit un lambeau triangulaire qui est décollé de l'os au moyen de la rugine et rabattu en bas et en arrière.

Creusé dans l'os, au lieu d'élection, avec la gouge et le marteau, un canal à direction antéro-interne; à 12 millimètres de profondeur trouvé une cavité dans laquelle le stylet pénètre jusqu'à 17 millimètres mesurés verticalement. Curé cette cavité avec la curette de Volkmann. Lavé à l'eau chloroformée, mis un drain, ruginé avec soin les parois de l'accès superficiel, suturé et mis un pansement antiseptique.

30 janvier. — La malade va bien. Enlevé le pansement. La plaie a un aspect superbe; il n'y a pas de pus ni dans le drain, ni au niveau de l'ancien abcès, ni dans le conduit. La malade ne ressent aucune douleur. Lavé au sublimé à 1/1000. — Refait le pansement.

5 janvier. — La malade ne souffre pas. La plaie ne suppure pas. Réappliqué le pansement.

7 janvier. — Pas de pus au niveau du drain. Un peu de pus dans le conduit auditif.

Les parties molles ne se recollent pas sur le temporal au niveau de l'abcès. Cependant il n'y a pas de pus; mais le stylet vient butter en ce point sur une surface osseuse dénudée.

Pratiqué l'écouvillonnage avec un pinceau d'ouate imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10.

Réappliqué le pansement.

20 février. — Jusqu'à aujourd'hui on a fait le pansement tous les trois jours.

Actuellement, la plaie apophysaire est réduite à un simple trajet qui ne donne pas de pus et que l'on panse à plat.

Au niveau de l'abcès, les parties molles sont complètement réunies au temporal.

La malade est considérée comme guérie.

Réflexions. — Chez cette malade, le pus a fusé vers l'apophyse et ne s'est pas frayé une voie à travers la membrane et le conduit auditif. Il n'existait pas de trajet fistuleux faisant communiquer l'abcès superficiel avec la caisse, mais au niveau de l'abcès la face externe de l'écaille du temporal était dénudée et criblée de petits orifices d'une coloration rouge lie de vin, admettant à peine l'extrémité d'un stylet fin et n'intéressant que la couche corticale de l'os.

Comme l'abcès siégeait assez loin en haut et en arrière du conduit auditif, qu'il n'existait pas de trajet fistuleux conduisant dans la profondeur, nous avons pratiqué l'ouverture osseuse au point d'élection, cherchant à pénétrer dans la caisse par le plus court chemin, sans nous laisser guider par les lésions superficielles.

Cette façon d'agir a été pleinement justifiée.

En effet, nous n'avons pas rencontré de cellule pneumatique dans l'apophyse, et ce n'est qu'à une profondeur de 12 millimètres (mesurés à partir du bord antérieur de la partie osseuse) que nous avons trouvé une petite cavité mesurant cinq millimètres seulement, et qui était peut-être (?) le canal pétro-mastoïdien et permettait au stylet d'entrer jusque dans la caisse.

Il est à remarquer que dès que la caisse a été drainée le pus a cessé de se porter du côté de l'abcès superficiel. Comme les parois de celui-ci avaient été grattées avec le

plus grand soin, la réunion des parties molles à la peau s'est faite sans suppuration et sans que l'os dénudé qui formait le fond de l'abcès s'exfoliat.

OBSERVATION V. — *Grippe. — Otite moyenne suppurée droite. — Abcès mastoïdien. — Paralyse faciale. — Ouverture de l'apophyse.*

X..., enfant de cinq ans, est atteint de la grippe, puis d'otite moyenne suppurée droite. Presque en même temps survient une paralysie faciale du même côté.

Le 28 janvier 1890, examen de l'oreille. — Le conduit auditif droit est plein de pus. Il paraît que l'écoulement d'oreille date de huit jours environ et qu'il a commencé sans douleurs dans l'organe. Après avoir enlevé le pus, on voit au fond du conduit la membrane tympanique qui présente en bas et en avant une petite perforation.

En arrière du pavillon existe une tuméfaction diffuse, qui repousse celui-ci en avant. Quand on appuie sur cette masse, on fait refluer du pus qui s'écoule par le conduit auditif.

2 février. — L'enfant est endormi au chloroforme. Après nettoyage de la région, les parties molles sont incisées.

Une première incision est faite suivant l'insertion du pavillon, puis une seconde est menée horizontalement en arrière à partir de la première et au niveau du bord supérieur du conduit auditif. On entre dans un abcès situé sous le périoste et rempli de granulations.

Il est impossible de découvrir un trajet fistuleux pénétrant dans l'os.

Avec la curette de Volkmann, la couche corticale de l'apophyse est enlevée au lieu d'élection.

On creuse ensuite le tissu spongieux sous-jacent dans une profondeur de 4 à 5 millimètres.

Les parois de l'abcès sont ruginées et toutes les parties fongueuses enlevées avec soin. Écouvillonnage de cette poche au chlorure de zinc à 1 p. 10.

Réunion des parties molles par plusieurs points de suture, sauf un point laissé libre pour introduire un drain dans la cavité de l'abcès.

Pansement antiseptique.

7 février. — Le malade n'a pas de fièvre.

Il n'y a pas de pus dans le pansement. Il ne s'en écoule pas

du drain ni quand on comprime le point où était l'abcès. Écouvillonnage de la cavité avec un pinceau imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10. On remplace le drain par une mèche de gaze iodoformée. Dans le conduit auditif on trouve quelques gouttes de pus que l'on enlève avec un tampon d'ouate imbibée de solution phéniquée à 2,5 p. 100.

Le pansement antiseptique est appliqué de nouveau.

28 février. — Il sort seulement un peu de sérosité par la fistule cutanée. Pansement antiseptique.

Réflexions. — Chez ce petit malade nous n'avons pas trouvé de cavité dans l'apophyse; cela est la règle, étant donné l'âge (5 ans). Nous nous sommes contenté d'enlever la couche corticale, sachant bien qu'il serait impossible ou presque impossible d'entrer dans la caisse. D'un autre côté, nous ne pouvions songer à enlever tout l'os malade, car il aurait fallu aller à une profondeur extrême puisque le facial était paralysé. Nous nous serions exposés à blesser ce tronc nerveux.

III

ULCÉRATIONS DES CORDES VOCALES DANS LE COURS DE LA GRIPPE,

Par **M. P. Le NOIR**, interne des hôpitaux.

Parmi les complications de la grippe les manifestations laryngées sont des moins signalées. Les auteurs qui ont observé les différentes épidémies parlent de trouble de la phonation, mais ils se contentent de les citer et n'y insistent pas autrement. Nous trouvons en effet relatés dans toutes les descriptions l'enrouement, la dysphonie, mais d'une façon tout à fait incidente. Grisolles, dans son traité de pathologie, dit: « Presque tous ont la voix rauque; ils éprouvent un chatouillement à la partie supérieure du larynx et un sentiment d'ardeur et de chaleur derrière le sternum. »

Au contraire, les manifestations catarrhales ou inflammatoires du reste de l'appareil aérien sont partout décrites avec soin. Le coryza, le catarrhe trachéo-bronchique, la broncho-pneumonie, etc., ont été l'objet de descriptions détaillées.

Les recherches anatomo-pathologiques ne nous éclairent pas davantage sur les lésions laryngées de la grippe ; on signale la rougeur, la congestion des muqueuses pharyngées, laryngées et bronchiques sans noter d'altérations spéciales de ces organes. Le larynx paraît en effet être souvent très altéré dans la grippe. Pendant la dernière épidémie, il nous a été donné d'observer quelques cas de troubles laryngés. En raison même de leur rareté, il nous a paru intéressant d'en donner une description aussi complète que possible, et ce sont quelques observations que nous avons recueillies qui nous ont servi à rédiger cette note.

Récemment M. Cartaz a fait une brève communication (Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, janvier 1890) sur les localisations catarrhales de la grippe sur la gorge, le nez et le larynx ; il a constaté des laryngites catarrhales avec gonflement de la muqueuse. D'autres auteurs, à l'étranger, ont observé quelques faits d'œdèmes laryngés aigus ayant nécessité l'intervention chirurgicale, la trachéotomie ; mais ces faits sont exceptionnels. Nous avons observé une forme spéciale de laryngite caractérisée par la présence d'ulcérations superficielles des deux cordes vocales. Cartaz dit dans son mémoire avoir constaté une fois la présence d'ulcérations de cette nature, mais dans l'espace inter-aryténoïdien ; nous ne les avons pas vues à cette place chez nos malades.

Les érosions catarrhales ont été signalées par Heryng (1) ; elles siègent, suivant cet auteur, à la région aryténoïdienne. Gottstein, dans son *Traité des maladies du larynx*, discute la nature de ces érosions, et dit qu'elles sont rares dans le simple catarrhe, fréquentes au contraire dans les maladies infectieuses ; il ne les signale pas dans la grippe : il signale seulement la laryngite. « Dans l'influenza, le catarrhe du

(1) *Revue mensuelle de laryng. et d'otologie*, 1885.

larynx n'est qu'un état partiel du catarrhe de toute la muqueuse respiratoire. » Sur plus de 130 malades atteints de grippe que nous avons pu observer au cours de la dernière épidémie dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, nous avons noté souvent des laryngites légères. Quatre malades seulement ont présenté des troubles vocaux d'une certaine intensité.

Ils n'avaient eu antérieurement aucun trouble de la voix ; un seul, il est vrai, était tuberculeux, et son affection pulmonaire paraissait remonter à un an et demi environ ; mais il avait des lésions peu avancées et n'avait jamais eu d'enrouement. La lecture de l'observation montre bien d'ailleurs la part de la grippe dans les troubles vocaux. Ces malades avaient eu une grippe en général peu grave avec une fièvre modérée ; mais tous ont présenté, indépendamment de la laryngite, du catarrhe trachéo-bronchique. Les troubles de la voix se sont manifestés dès le début ; dans un cas, il y a eu simple enrouement ; chez les autres, il y a eu aphonie rapidement complète. La grippe a d'ailleurs évolué normalement sans présenter de complication ni de rechutes ; la voix est peu à peu revenue et, du moins chez les malades que nous avons pu observer jusqu'à complète guérison, la parole était à leur sortie tout à fait normale.

Cette évolution était d'ailleurs facile à suivre au laryngoscope ; au début l'on constatait de la rougeur de la muqueuse laryngée, et sur les cordes vocales la présence d'ulcérations plus ou moins étendues, paraissant peu profondes, à contours irréguliers, limitées par la muqueuse boursoufflée, faisant saillie dans l'espace interglottique et empêchant les cordes de se rapprocher ? les ulcérations siégeaient sur les deux cordes vocales à *leur moitié antérieure*, et étaient généralement symétriques ; enfin elles étaient recouvertes d'un exsudat blanchâtre au moins dès le début, devenant grisâtre dans la suite et qui persistait assez longtemps.

En suivant la marche de ces ulcérations, on les voyait se modifier ; elles se détergeaient peu à peu, le fond en devenant plus rouge, leur étendue diminuait jusqu'à ne laisser

qu'une rougeur diffuse de toute la surface des cordes vocales, Cette rougeur de la muqueuse laryngée a duré assez longtemps; mais nous n'avons constaté, ni dans le reste du larynx, ni sur la muqueuse bucco-pharyngée, d'autres ulcérations analogues.

Quelle est la nature de cette lésion qui, restée toujours superficielle, a spontanément évolué vers la guérison? S'agit-il d'ulcérations d'origine purement catarrhale ou d'ulcérations de cause infectieuse? Le catarrhe laryngien, qui existe d'une façon constante dans la forme de grippe que nous avons observée, suffit-il à déterminer la formation d'érosions ou d'ulcérations? La question de l'existence d'ulcérations purement catarrhales a été discutée plusieurs fois, à propos, notamment, des ulcères laryngés observés dans le cours de la tuberculose. Il faut remarquer que dans la grippe le catarrhe est fréquent, et que cependant les ulcérations paraissent exceptionnelles.

Pour établir l'origine infectieuse de ces lésions, il aurait fallu faire un examen bactériologique; la difficulté de recueillir l'exsudat qui recouvrait ces ulcérations nous a empêché de l'effectuer. Toutefois, en tenant compte de la fréquence des manifestations infectieuses dans le cours de la grippe, il n'est pas inadmissible de ranger les ulcérations laryngées dans cette dernière catégorie, bien que ces altérations restent toujours superficielles et n'entament pas les tissus sous-jacents, comme dans la fièvre typhoïde; mais, même dans cette dernière, le laryngo-typhus peut rester superficiel, et personne n'ignore que la forme dite érythémateuse de la laryngite typhoïde est beaucoup plus commune que la forme nécrosique.

Quoi qu'il en soit, l'affection principale n'a pas paru influencée par ces troubles du larynx; les malades ont conservé des signes de laryngite, mais cette laryngite elle-même a complètement guéri.

Quant au traitement, il a été seulement dirigé contre la grippe, et aucune modification locale n'a été instituée, paraissant inutile.

La bénignité de la forme que nous décrivons forme un

contraste assez curieux avec la gravité des otites. Suivent ensuite nos observations.

OBSERVATION I. — M. H., 25 ans, entré le 18 janvier, ne toussait jamais et avait une bonne santé habituelle.

Au commencement de janvier, prend la grippe, tousse et a une extinction de voix; il a des quintes de toux sèche, sans expectoration.

Au premier examen laryngoscopique on trouve les cordes vocales très rouges, circonscrivant un espace ulcéré, irrégulier, d'une étendue beaucoup plus grande à gauche qu'à droite.

Dans les poumons : quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine.

L'aphonie persiste quelques jours, puis la voix reparait, et le malade conserve encore un peu d'enrouement; au laryngoscope on constate encore vers la fin de janvier un exsudat blanc, de forme semi-lunaire, sur chaque corde vocale, et occupant toute la moitié antérieure de ces cordes. — Dans les poumons il n'y a plus aucun signe de bronchite.

Le malade sort le 15 février; la voix est normale; le larynx conserve encore une rougeur assez intense; les cordes vocales, encore un peu hyperémisées, ne présentent plus d'ulcérations.

OBSERVATION II. — H. F., 23 ans, employé, entre le 29 décembre.

Tousse et expectore depuis dix-huit mois. — Vers le 15 décembre est pris subitement de douleurs thoraciques avec des points de côté très intenses dans le côté gauche; il s'enroue et a des quintes de toux très pénibles suivies de vomissements alimentaires et de sensations douloureuses au niveau du larynx.

L'examen des poumons fait reconnaître de la submatité au sommet gauche, et dans toute l'étendue des poumons une bronchite assez intense avec quelques râles muqueux à la partie supérieure du poumon gauche en avant.

Au bout de quelques jours, les douleurs cessent, la voix s'éclaircit, mais incomplètement, et les signes pulmonaires s'améliorent, et au moment de la sortie, l'on ne pouvait constater que de la submatité sous la clavicule gauche avec quelques craquements et quelques râles muqueux.

L'examen laryngologique a donné les résultats suivants : au début, rougeur intense des deux cordes vocales, ulcérations au tiers antérieur, faisant saillie sur le rebord et empêchant l'accol-

lement des bords ; à la surface de ces ulcérations, exsudat grisâtre ; tuméfaction légère du reste de la muqueuse laryngée.

Trois semaines après, la muqueuse, les cordes vocales sont encore rouges ; les deux ulcérations ont un peu diminué, elles ont la forme d'un demi-croissant, celui de gauche est plus étendu que celui de droite.

A la sortie du malade, au commencement de février, les ulcérations ont encore diminué, elles persistent néanmoins, la voix est encore un peu voilée.

OBSERVATION III. — G. A., 25 ans, mouleur.

Prend la grippe vers le 25 décembre ; douleurs dans la région lombaire et à la nuque, céphalalgie, fièvre, anorexie, toux et aphonie complète.

Entre à l'hôpital le 11 janvier ; l'on constate une bronchite généralisée dans les deux poumons, et un peu de congestion pulmonaire à la base du poumon droit. T. 40°.

Examen laryngoscopique.

Au début l'on trouve sur la moitié antérieure des deux cordes vocales, mais surtout à gauche, une ulcération proéminente, empêchant l'accolement des cordes vocales et recouverte d'un exsudat peu abondant.

A la fin de janvier, la température, qui a baissé tous les jours progressivement, est tombée à 37°, la voix est complètement revenue, la toux a disparu, il reste encore à la base du poumon droit un foyer de râles muqueux abondants ; à l'examen du larynx, on constate seulement un peu de rougeur des cordes vocales, et à droite, vers le milieu de la corde vocale, une petite tache blanche entourée d'un rebord rougeâtre irrégulier, pas d'ulcération sur la corde vocale gauche.

Les deux cordes vocales ne peuvent se rapprocher complètement à leur centre.

Exeat le 8 février. Voix normale, le larynx est normal, sauf un peu de rougeur persistante.

OBSERVATION IV. — X., 20 ans, entrée le 11 janvier, a été prise des symptômes de la grippe depuis six jours, elle tousse et a de l'enrouement ; elle a peu de signes pulmonaires, mais les amygdales sont rouges, augmentées de volume. A l'examen laryngoscopique, on constate des ulcérations des bords des cordes vocales occupant la région antérieure de ces cordes. Elle sort le 20 janvier, complètement guérie, les ulcérations laryngées ont disparu.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles, par le Dr HAMON DU FOUGERAY (du Mans). (Lecrosnier et Babé, Paris, 1890.)

Jusqu'à ce jour l'étude de l'hygiène de l'oreille était restée l'apanage des journaux médicaux et des livres spéciaux. Nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir, le premier, cherché à vulgariser des connaissances fort utiles et dont les médecins déplorent chaque jour l'ignorance dans le public. Ce livre est dédié aux élèves. Il arrive à son heure, maintenant que l'étude de l'hygiène est devenue obligatoire dans les lycées. Il est divisé en deux parties. La première traite de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille et du nez, ces deux inséparables. Les relations si intimes qui existent entre l'un et l'autre y sont succinctement, mais clairement démontrées.

La deuxième partie, qui constitue vraiment l'ouvrage, a trait à l'hygiène. L'auteur passe en revue les soins de propreté à donner à l'oreille, et fait justement le procès de ces instruments nuisibles, que l'on nomme cure-oreilles. Il examine ensuite les causes qui produisent les affections de l'organe de l'ouïe. Ces dernières sont divisées en cinq classes, et cette division originale nous a paru très complète. La première classe traite des causes provenant de l'influence du milieu; la seconde, des causes qui agissent d'une manière directe sur l'oreille; la troisième, des causes provenant d'affections des organes voisins de l'oreille; la quatrième, des causes provenant d'affections atteignant notre organisme tout entier et des diathèses; la cinquième classe, enfin, des professions.

Puis l'auteur parle longuement de la suppuration de l'oreille; il en fait un tableau saisissant, et nous montre tous ses dangers.

Vient ensuite l'étude de la surdité à l'école et de son influence, et de la surdi-mutité.

Enfin les préjugés et tous les remèdes populaires que l'on ne doit jamais employer sont décrits avec soin.

L'ouvrage se termine par un exposé de la statistique de la surdité.

Nous avons été frappé de voir que 27 0/0 des réformés à l'armée l'étaient pour cause de surdité. Ce chiffre est supérieur à celui que nous donne la tuberculose. Cette triste observation justifie tout l'ouvrage, et nous nous faisons un devoir de le signaler et de lui souhaiter le succès qu'il mérite, espérant que son étude dans les collèges et que sa lecture dans le public arriveront à faire comprendre en France que les affections de l'oreille doivent être traitées de bonne heure, si l'on veut éviter d'abord la surdité qui nous rend inutiles et nous isole du monde extérieur, et ensuite les accidents graves qui, chaque année, déterminent à eux seuls la mort de bon nombre d'enfants. A. G.

A Manual of Diseases of the Ear (*Traité des maladies de l'oreille*), par A. H. BUCK. (W. Wood, éditeur New-York, 1889.)

Le traité de Buck — et c'est là une de ses grandes qualités — est avant tout un ouvrage de pratique pure et de pratique personnelle. Ce souci constant de la clinique est bien prouvé par les très nombreuses observations rapportées *in extenso* dans le texte.

Parfois même dans les maladies rares et peu connues (tumeurs malignes, syphilis, tuberculose de l'oreille moyenne, affections du labyrinthe), ces observations accompagnées de quelques brèves réflexions constituent presque tout le chapitre. Et cette lecture est assurément plus intéressante et plus instructive que ne le serait une description de pure théorie.

A.-F. PLICQUE.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par Émile BERGER. (Doin, éditeur, Paris, 1890.)

Dans ce travail, M. Berger publie la suite de ses recherches sur les affections du sinus sphénoïdal décrites pour la première fois par lui et qui ont été analysées dans ce recueil.

Tout d'abord il signale que la croissance irrégulière du sphénoïde peut créer une sténose du canal du nerf optique, voisin de ce sinus.

Les autopsies de Ponfick ont démontré en effet l'existence de cette sténose dans les déformations congénitales du crâne coïncidant avec l'atrophie du nerf optique. Pour expliquer l'a-

trophie « genuine » du nerf optique, il est bon de se rappeler, comme M. Tillaux l'a démontré, qu'elle se développe au moment où le corps du sphénoïde détermine sa croissance.

La muqueuse du sinus sphénoïdal est très souvent affectée par l'inflammation aiguë, chronique, phlegmoneuse (dans les maladies infectieuses), par la diphtérie et la morve. La propagation de cette inflammation vers la gaine du nerf s'explique par l'existence fréquente de trous dans la paroi osseuse qui sépare le sinus du canal du nerf. Ainsi se comprend le développement d'une périnévrite et d'une névrite optique rétro-bulbaire après le refroidissement et dans quelques maladies infectieuses.

L'auteur divise les symptômes des affections du sinus en deux groupes : 1° symptômes réflexes, blépharospasme, larmoiement, etc.; 2° symptômes causés par les lésions du trijumeau, céphalalgies de formes diverses, ou bien par les altérations des organes voisins.

La lésion du nerf optique est caractérisée par un rétrécissement du champ visuel et la perte des fonctions des fibres de la macula. L'auteur explique ce fait par la distribution particulière des fibres nerveuses dans le canal optique; celles qui se rendent à la macule étant situés dans l'axe du nerf (Samel Sohn).

Le rétrécissement du champ visuel peut aussi démontrer qu'une tumeur de la cavité naso-pharyngienne s'est propagée dans le sinus avant de gagner les fosses nasales, l'orbite et la cavité crânienne. L'examen de tous les symptômes oculaires est donc d'une haute importance pour l'indication opératoire d'une tumeur du rétro-pharynx.

L'auteur résume les résultats satisfaisants obtenus par l'ouverture du sinus sphénoïdal, tels que la disparition de la céphalalgie et des troubles oculaires. Il rejette le mode opératoire par la cavité naso-pharyngienne (Schech) ou par l'orbite (John Bergh); il recommande de pratiquer l'ouverture par le nez (Zuckerkindl), opération qu'il décrit avec ses résultats, d'après un certain nombre d'auteurs français et étrangers. A. G.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par le Dr S. DUPLAY. (Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1889.)

« Je me suis décidé à écrire ce petit livre, bien qu'il soit dénué de tout intérêt scientifique, parce qu'il me paraît appelé à rendre un réel service aux médecins et aux malades.

« J'ai pu, en effet, à mesure que j'avance dans la carrière, constater chaque jour davantage l'inexpérience, pour ne pas dire plus, d'un très grand nombre de praticiens, en ce qui touche à l'emploi des divers procédés de diagnostic des maladies des oreilles et à l'application des principaux moyens de traitement de ces maladies.

« Combien de fois, par exemple, ai-je vu des malades atteints de surdité qui, même après avoir été examinés par leur médecin ordinaire, à l'aide du spéculum, ont été traités par des sangsues, des vésicatoires, des purgatifs, etc., et dont la surdité reconnaissait pour unique cause un bouchon cérumineux méconnu par le médecin, faute de savoir se servir des instruments d'exploration!

« Combien de fois ai-je vu des malades affectés d'otorrhée chronique et traités sans succès depuis des mois ou des années à l'aide d'injections et d'instillations médicamenteuses pratiquées n'importe comment, et qui ont été guéris en quelques semaines par les mêmes moyens convenablement administrés! »

Ces premières lignes de l'introduction montrent bien le but et l'utilité de cet ouvrage. Il constitue un exposé complet parfaitement clair et méthodique des diverses méthodes d'examen et de traitement, méthodes qui ne laissent pas d'être souvent pour bien des praticiens un sérieux sujet d'embarras.

A.-F. PLICQUE.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Über die Wirkung von Cocainum muriaticum auf das Ohr. (Effets du chlorhydrate de cocaïne sur l'oreille), par KIESSELBACH. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, septembre 1889.)

Il a employé la cocaïne contre les bourdonnements d'oreille. Il fait dans la trompe une injection de 5 à 10 gouttes de solution tiède de chlorhydrate au titre de 2 à 10 pour cent. Ces injections sont espacées à trois ou cinq jours d'intervalle. — Les premières injections s'accompagnent parfois de vertiges, de vomissements survenant au bout d'une demi-heure environ, et pendant

un jour ou deux d'augmentation des bourdonnements. Dans les cas récents, les bruits anormaux cessent très vite, parfois même après une seule injection. Dans les cas anciens, ils sont plus tenaces; la médication est même restée tout à fait sans résultat dans plusieurs cas de vieilles scléroses et dans un cas de syphilis. Mais ordinairement on a tout au moins une grande atténuation des bourdonnements, plus rarement une disparition complète du vertige.— Théoriquement, ces effets de la cocaïne peuvent s'expliquer par la dépression qu'elle amène dans la tension artérielle.

A.-F. PLICQUE.

Note sur les affections de l'oreille dans l'influenza, par R. DREIFUSS (Clinique B. Baginsky). (*Berliner Klin. Woch.*, n° 3, 20 janvier 1890.)

L'auteur a observé deux catégories de cas d'affections auriculaires consécutives à l'influenza. Dans la première catégorie, le tympan offrait une inflammation hémorrhagique des plus intenses qui était accompagnée d'une exsudation séreuse ou purulente de la caisse. Le tympan était très rouge, parfois cyanotique. Dans quelques cas il se formait des vésicules sanguines de la grosseur d'une lentille ou de la moitié d'un petit pois. Ces hématomes s'étaient constitués dans l'épaisseur du tympan même et ne communiquaient pas avec la caisse, car à travers la perforation il s'écoulait un exsudat séreux ou purulent. Les symptômes subjectifs étaient relativement de peu d'importance et n'étaient pas plus prononcés que ceux qui accompagnent toute otite moyenne aiguë.

Une affection semblable du tympan a été observée dans la fièvre typhoïde et dans la variole.

Quant à la seconde catégorie des affections dues à l'influenza, c'étaient de simples otites aiguës avec sécrétion séreuse ou séro-purulente de la caisse.— Dans une partie des cas, l'oreille s'était prise le premier ou le deuxième jour de l'influenza; dans l'autre partie, l'otite n'apparaissait que 8 à 15 jours plus tard.— Les affections auriculaires de l'influenza ressemblent en cela à celles qui se montrent dans la rougeole, scarlatine, diphtérie, variole, fièvre récurrente et fièvre typhoïde, où elles sont également ou primitives ou secondaires.

L. L.

De l'otite moyenne aiguë dans l'influenza, par SCHWABACH (de Berlin). (*Berliner Klin. Woch.*, n° 3, 20 janvier 1890.)

Schwabach a vu dans ces derniers quinze jours 62 cas d'otite

moyenne aiguë consécutive à l'influenza, dont 19 cas d'otite moyenne simple et 43 cas d'otite moyenne aiguë purulente. L'affection était unilatérale 54 fois, et bilatérale 8 fois.

Presque tous les cas débutaient par des symptômes subjectifs très prononcés (engourdissement et douleurs de tête, douleurs dans l'oreille, bourdonnements pénibles et surdité intense), et à l'examen objectif on trouvait, surtout dans les cas d'otite aiguë purulente, avant que la perforation ne survint, une rougeur très intense du tympan bombé dans sa partie postérieure.

Dans 22 cas on constatait en outre des hémorrhagies dans le tissu du tympan, soit sous forme de petites ecchymoses ayant la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois, soit sous forme de grosses bulles hémorrhagiques qui occupaient assez fréquemment toute la surface du tympan. Ces dernières se montrèrent surtout dans les cas d'otite aiguë purulente, tandis que les petites ecchymoses existaient principalement dans les cas d'otite simple.

Les perforations se formaient surtout dans le segment antéro-inférieur.

Deux fois, la membrane de Shrapnell était le siège de la perforation, ce qui se voit rarement dans les affections aiguës. L'oreille externe était affectée plus souvent que cela n'a lieu habituellement dans les otites aiguës.

La marche de ces otites était relativement bénigne, malgré l'intensité des symptômes initiaux.

Le traitement ne différait pas du traitement habituel. L. L.

Otite moyenne aiguë hémorrhagique comme complication de l'influenza, par HAUG. (*Münch. med. Woch.*, n° 3, 21 janvier 1890.)

L'otite moyenne aiguë survenant du 3^e au 7^e jour de l'influenza est caractérisée par la formation rapide d'une sécrétion hémorrhagique dans la caisse et dans l'épaisseur du tympan. Cette exsudation s'accompagne de douleurs excessives.

L'auteur a vu 11 cas. Tantôt le tympan était dans presque toute son étendue d'un rouge foncé et bombé en dehors, tantôt il ne présentait que des vésicules fluctuantes d'un bleu foncé de la grosseur d'un petit pois.

Ces vésicules siégeaient principalement dans le segment postérieur et contenaient du sang. La perforation du tympan sur-

venait au plus tard 12 heures après le début de l'affection, et il s'écoulait un liquide hémorrhagique, souvent coagulé. Plus tard l'écoulement devenait purulent.

L. L.

L'entité de l'influenza, surtout au point de vue des symptômes auriculaires, par J. MICHAEL. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 6, 6 février 1890.)

Les affections de l'oreille qui surviennent au cours de l'influenza appartiennent à deux groupes différents : 1° les inflammations de la trompe et de la caisse qui sont provoquées par des catarrhes des fosses nasales et du pharynx et qui n'offrent aucune particularité; 2° les affections de l'oreille qui ne sont pas la suite, mais des localisations de l'influenza.

L'auteur ne s'occupe que du second groupe, et dit que ses symptômes subjectifs et objectifs sont l'expression d'une hyperémie intense de la muqueuse de l'organe de l'oute. Les symptômes subjectifs consistent en des douleurs de tête et d'oreille excessivement violentes.

La surdité est, au début, très faible, mais elle augmente après.

Malgré les douleurs intenses, l'apophyse mastoïde se montre indemne. Objectivement on constate sur le tympan des lésions très caractéristiques.

Le tympan très injecté offre un brillant velouté. Le manche du marteau et la courte apophyse apparaissent plus petits, étant en quelque sorte cachés par les vaisseaux engorgés.

Parfois on voit des extravasations de sang dans la membrane.

Un autre fait caractéristique est la rapidité avec laquelle des symptômes aussi graves disparaissent.

Quant au traitement, l'auteur croit que la paracenthèse du tympan est superflue et même nuisible. La paracenthèse ne soulage point le malade, comme la perforation spontanée, et on risque de transformer la sécrétion séreuse en sécrétion purulente, en offrant une porte d'entrée au micro-organisme.

L'auteur, pour combattre l'hyperémie de la caisse, applique une sangsue par jour à l'apophyse mastoïde.

Il n'a été obligé de faire l'incision de Wilde que dans un cas.

L. L.

Drei Falle spontaner Schrumpfung von Ohrpolypen (Trois cas d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille), par GOMPERZ. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

Gomperz rapporte trois faits d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille soit sessiles soit pédiculés. Ces polypes occupaient les uns la caisse de l'oreille moyenne, les autres le tympan. L'examen histologique montra que cette atrophie était due à une oblitération des vaisseaux par prolifération endothéliale. Cette oblitération avait, dans un cas, déterminé, en même temps que l'atrophie, des hémorrhagies interstitielles. — Au point de vue thérapeutique, Gomperz croit que toutes les fois qu'il n'y aura pas d'indication pressante : carie osseuse, rétention du pus, etc., on obtiendra souvent l'atrophie si l'on parvient à supprimer, par des irrigations, par des insufflations d'air, par des applications pulvérulentes, l'inflammation de la muqueuse de la caisse.

A.-F. P.

Über ein Verfahren Gipsabgüsse von Gehörgang und Trommelfell des Lebenden zu gewinnen (Moyen d'obtenir des moules en plâtre du conduit auditif et du tympan sur le vivant), par LÖWE. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mars 1889.)

Ces moules auraient l'avantage de fournir plus exactement au diagnostic divers renseignements : situation et étendue des portions osseuses cariées, siège et volume des tumeurs, formes du tympan, rapports de sa surface avec l'axe du conduit auditif. — Le moule positif est obtenu au moyen d'un mélange de gélatine, d'agar-agar, de glycérine et d'eau versé dans l'oreille et solidifié par le simple passage d'un courant d'air froid. Ce moule est ensuite reproduit en plâtre.

A.-F. P.

Über Ohrreflexe bedingt durch Ansammlung von Cerumen im ausseren Gehörgange (Réflexes provoqués par l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif), par J. HERZOG. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mai 1889.)

Les troubles réflexes existaient depuis plusieurs mois et consistaient en angoisse, palpitations, tiraillements dans la tête et la nuque, vertiges. — Ils disparurent complètement par l'extraction d'un bouchon de cérumen dont la découverte fut en quelque sorte accidentelle. Il n'avait pas, en effet, produit le moindre affaiblissement de l'ouïe.

A.-F. P.

Rupture de la trachée avec fractures sternale et costale, par BENNET. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 8, 1888.)

Pas de blessure antérieure, mais après la mort le sang avait coulé de la bouche. Trachée rompue transversalement, fragments séparés par un intervalle d'un pouce. Œsophage confusionné, mais non déchiré; grande effusion de sang autour de la trachée et de l'œsophage, mais aucune des grandes artères ou des veines n'était rompue.

R. LEUDET.

Lupus de la bouche, du pharynx, du larynx, par ORWIN. (*Méd. Soc. of Lond.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 8, 1888.)

Présentation d'une femme de 21 ans, chez laquelle le lupus était supposé s'être étendu au palais à travers le nez, par les canaux lymphatiques.

M. Lennox Browne n'a jamais vu de lupus de la paroi postérieure du pharynx: il diffère du précédent pour la voie suivie par le lupus. Un point différentiel entre lupus et syphilis tertiaire est que cette dernière attaque souvent la voûte et le voile du palais, par extension de la muqueuse nasale, tandis que le lupus s'étend toujours par la muqueuse buccale.

Une autre différence, c'est que le lupus n'attaque pas les os (Hunter Mackenzie).

R. LEUDET.

Angiome de l'épiglotte, par TAUBER. (*Journ. of Laryng.*, n° 9, 1889.)

Un marchand, âgé de 42 ans, souffrait depuis plusieurs années de gêne dans la déglutition, dans la parole, avec respiration courte, écoulement considérable par la gorge et les narines. Toute la face dorsale de l'épiglotte était couverte d'une tumeur unie, luisante, bleu rougeâtre, mesurant un pouce et quart en longueur et un pouce en largeur, dépassant antérieurement l'épiglotte. L'intérieur du larynx n'était pas très attaqué; il n'y avait qu'une laryngite chronique peu importante.

La position antérieure surtout rendait très difficile de circonscrire toute la tumeur avec l'anse galvano-caustique. Avec le plus grand amygdalotome de Mathieu, la tumeur coupée en un temps fut cautérisée au galvano-cautère. Peu de douleur et d'hémorrhagie. Huit ans se sont passés sans récurrence. R. LEUDET.

Un cas d'érythème noueux du larynx, par DU MESNIL (Wurzburg). (*Munch. Med. Woch.*, n° 46, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Chez une femme de 25 ans, il y avait sur les lèvres, la langue,

le voile du palais et la muqueuse du larynx des infiltrations érythémateuses. La guérison se fit attendre un mois. R. LEUDET.

Laryngite sous-glottique aiguë, par SUCHANNECK (Zurich). (*Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Un enfant de onze ans fut pris de dyspepsie et d'enrouement un quart d'heure après avoir avalé un os. On ne trouva pas de corps étranger dans l'œsophage. Au laryngoscope on vit une tuméfaction rougeâtre dans la partie sous-glottique du larynx. Guérison par la cocaïne. Toux remarquable par son timbre non croupal, malgré la recherche laryngoscopique dénotant un aspect semblable à celui du pseudo-croup.

R. LEUDET.

Pépin de melon logé dans la bronche droite; opération; guérison, par ACKERMANN. (*Med. News*, 10 nov. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Enfant de 2 ans, enrouements, violents accès de toux croupale. Respiration prolongée au poumon droit, murmure saccadé. Après trachéotomie inférieure, une paire de longues pinces, étroites, introduites dans la bronche droite, parvint à extraire le pépin. Guérison en dix jours.

R. LEUDET.

Extirpation du larynx, par SCHEDE. (*Aerztlicher Verein in Hambourg*, 20 nov. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Femme de 50 ans, examinée par Schede quatre ans et demi avant. Après trachéotomie, elle fut envoyée 14 jours après à l'hôpital, le 6 juin 1884. Il fallut faire la même année une deuxième opération pour une légère récurrence dans la trachée. Depuis ce temps, la malade a été bien portante; elle porte le larynx artificiel de Bruns et jouit, grâce à cela, d'une bonne voix.

Un deuxième cas d'extirpation de la moitié du larynx, par S., mourut 3 ans après de pneumonie fibrineuse sans récurrence de maladie primitive. Deux autres cas, avec extirpation totale, succombèrent après récurrence.

R. LEUDET.

Carcinome du larynx; ablation de la moitié; mort, par KAYSER. (*Deutsch med. Woch.*, n° 45, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889)

Ce cas est celui de son frère le député socialiste Kayser. A 32 ans, jusque-là bien portant, il devint enrôlé en juin 1887. En septembre, les deux cordes vocales étaient rouges, la région aryénoïdienne enflammée. Un an plus tard, l'état général s'amé-

liora, mais l'enrouement persista. Il fut attribué à une moindre mobilité dans la corde vocale droite. En janvier 1888, il fallut faire la trachéotomie pour un accès subit d'asphyxie. C'est alors qu'en plus d'une rougeur avec gonflement et immobilité de la corde droite, on put voir une tumeur à droite au-dessus de la glotte. Le mercure donné sans résultat fut suivi d'iodure de potassium donné à l'état solide. Ponfick déclara qu'un fragment enlevé était une excroissance maligne, probablement un sarcome. L'extirpation du larynx fut faite par Riegner. L'opération dura deux heures. Huit jours après il fallut enlever le premier anneau de la trachée pour une portion de tumeur négligée ou due à une récurrence. Mort deux jours après, de paralysie du cœur.

R. LEUDET.

Laryngite typhoïdique chez un enfant d'un an, par BENNONE LEWY.

(*Arch. f. Kinderheilk.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Pendant 8 jours, convulsions généralisées, diarrhée, fièvre, sténose croissante du larynx, nécessitant enfin la trachéotomie, mais sans succès. A l'autopsie, lésions de fièvre typhoïde et au larynx gonflement de la muqueuse avec sténose intense; toute la région sous-glottique était occupée par une tumeur blanchâtre. Au microscope on vit qu'il s'agissait d'un exsudat fibrineux dans la muqueuse. On trouva dans les glandes à mucus le bacille typhique bien connu.

R. LEUDET.

Opération de goitre; paralysie des deux récurrents et tétanie, par BERDEZ. (*Rev. de la Suisse romande*, 20 mars 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Un garçon de 15 ans, thyroïdectomisé en 1887, fut présenté à la Société vaudoise de médecine. Le fait assez fréquemment observé après cette opération était remarquable par sa longue durée et une hyperexcitabilité galvanique extraordinaire. Ainsi un courant faible, les deux pôles placés sur la branche horizontale de la douzième paire, produisait des contractions de la moitié correspondante de la langue, à l'ouverture ou à la fermeture.

Herzen observe que cette hyperexcitabilité des nerfs moteurs après ablation de la thyroïde n'est pas la règle chez l'homme, mais l'est chez les animaux, surtout chez le chien, où il y a des phénomènes tétaniques très marqués. Schiff a vu le diaphragme se contracter à chaque battement du cœur sous l'influence d'une électrisation négative du cœur.

R. LEUDET.

Traitement des papillomes du larynx par la curette, par F. MASSEI. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Exposé des divers moyens opératoires jusqu'ici employés dans le traitement de ces tumeurs et de leurs résultats. A l'article sont jointes quelques figures représentant les principaux instruments de curettage. (Bruns, Ferreri, Volkmann, Heryng, etc.) La méthode de ce dernier auteur est bien connue, ses recherches ayant été maintes fois, depuis trois ans, exposées dans les Annales.

Voici les conclusions de Massei :

- 1° Le curettage mérite une plus grande attention que jusqu'ici ;
- 2° Il rend de grands services pour les tumeurs de la région sous-glottique, des cordes vocales et du bord libre de celles-ci ;
- 3° En plus de la facilité de l'opération, on peut enlever des portions du tissu producteur des tumeurs ; c'est là une raison qui, jointe à la possibilité des applications locales ultérieures (surtout d'acide lactique), donne plus de sécurité contre la récurrence, résultat le plus sérieux à craindre contre le papillome du larynx.

R. LEUDET.

Notes cliniques sur les lipomes du larynx, par P. M. BRIDE. (*Edinburgh. med. chir. Soc.*, 19 déc., 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

L'auteur vient d'en observer deux cas chez des hommes, s'ajoutant aux seuls connus (Wagner, Tobold, Bruns, Schrötter). La tumeur, d'un rose pâle, du volume d'un œuf de pigeon, était derrière la langue, fixée à l'épiglotte ; elle fut enlevée avec l'anse galvano-caustique, récidiva et fut alors énucléée.

Chez le second malade, gêné également pour respirer et pour parler, la tumeur recouvrait le cartilage aryénoïde gauche, et son pédicule s'insérait à la partie externe du sinus pyriforme. Même procédé opératoire que plus haut.

Les avis sont très partagés pour savoir si ces tumeurs sont véritablement extra- ou intra-laryngées.

R. L.

Anatomie des cordes vocales, par B. FRENKEL. (*Berlin. med. Gesellsch.*, 11 juillet 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Présentation de coupes histologiques des vraies cordes vocales, montrant de petites glandes, dont l'accroissement pathologique produit des nodules et des polypes.

R. LEUDET.

Hémorrhagie de la muqueuse laryngée atteinte de catarrhe chronique, par PLESKOFF. (*Munch. med. Woch.*, n° 49, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Le malade était un professeur qui avait surmené l'organe de la voix. Le point saignant était la corde gauche. R. LEUDET.

Extraction de deux tuyaux de canule à trachéotomie tombés dans la trachée, par VASILY RAZUMOVSKY. (*Dnevnik Kazanskako Abshtchva Vratshesza*, 27 déc. 1887, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Le cas est probablement unique. Une femme de 53 ans, trachéotomisée en 1882 pour une sténose cicatricielle du larynx, vit successivement, en 1884, puis en 1887, le tuyau de la canule se détacher de la plaque et disparaître dans la trachée. Malgré des troubles sérieux, elle ne vint se présenter que trois mois après le second accident, qui rendait la vie impossible. Les deux tubes arrêtés à la bifurcation de la trachée furent retirés avec quelque peine, au moyen de pinces courbes. L'un était bien conservé; mais l'autre, après trois ans de régime, était fort altéré. La guérison survint complète et sans accident.

L'auteur s'étend ensuite sur les précautions à prendre pour s'assurer du bon état des canules et passe en revue les faits ayant présenté quelque analogie avec celui-ci. R. LEUDET.

Œdème neuro-vasculaire héréditaire, par OSLER. (*Americ. journ. of med. sc.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

L'auteur a vu survenir dans une famille : 1° Des œdèmes locaux du tronc, de la face, des mains, bras, jambes, des organes génitaux, des fesses, de la langue. Une fois, peut-être deux, la mort survint par l'œdème subit de la glotte;

2° Associés, il y a presque invariablement des troubles gastro-intestinaux, des coliques, des nausées, des vomissements, quelquefois de la diarrhée;

3° Une disposition héréditaire bien marquée, cinq générations ayant été touchées.

L'œdème de la gorge et du larynx présente un intérêt spécial, puisque l'extension soudaine de ces parties peut amener la mort. Quincke et Dinkelaker ont observé un homme de 22 ans, sujet à des attaques répétées de suffocation et de cyanose, la muqueuse du larynx étant œdématiée et exigeant une satisfaction. Goltz a vu, chez un homme de 30 ans, l'œdème de la luette et du pharynx avec gonflement du pourtour anal et du scrotum.

Un malade de Riehl avait trois attaques d'angine avec dysphagie et dyspnée, et une fois le malade avait les cordes vocales enflammées.

L'hérédité est bien établie par bon nombre d'observations. La colique intestinale est un caractère frappant, combinée avec les maladies de la peau. L'attaque peut être répétée par intervalles pendant bien des mois. L'urticaire, le purpura, les hémorrhagies intestinales, l'hématurie, l'albuminurie, peuvent survenir. La maladie est incontestablement d'origine névrotique et est étroitement reliée à l'urticaire.

R. LEUDET.

Un cas d'entrave à la respiration ; trachéotomie ; guérison, par ED. ARTHUR WRIGHT. (*Lancet*, 29 sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

La cause de la gêne respiratoire, chez un garçon de 12 ans, était apparemment un abcès glandulaire péribronchique pointant dans la trachée et qui fut rompu au moyen d'un cathéter passé par la blessure de la trachéotomie.

R. L.

Corps étranger du larynx, par STRÖM. (*Soc. de méd. de Christiania*, 12 sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Enfant de 3 ans, pris d'accès de suffocation intermittente nécessitant la trachéotomie au bout de 19 jours ; issue d'un noyau de cerise. Quatre heures après l'opération, apparition de convulsions, et mort trois jours après.

R. LEUDET.

Deux cas de paralysie unilatérale de l'abducteur de la glotte due à un réflexe par irritation nasale, par D. R. H. STEWART. (*Lancet*, 13 oct., 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Les deux cas furent guéris en enlevant le cornet droit moyen avec un serre-nœud. Cet os était épaissi et appuyait sur la cloison.

(C'est peut-être une opération un peu risquée, dit Hunter Mackenzie, et l'enlèvement du cornet moyen, qui n'est pas un os à part, comme l'inférieur, ne lui a jamais paru justifié.) R. LEUDET.

Aphonie hystérique chez une femme de 70 ans ; guérison ; remarques, par T. D. SAVILL. (*Lancet*, 18 août 1888.)

Il n'y a guère d'intéressant que l'âge de la malade et sa guérison, due à la faradisation (Hunter Mackenzie). R. LEUDET.

Kyste de la corde vocale supérieure, par Charles HAYWARD. (*Lancet*, 15 sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Le kyste occupe les trois cinquièmes moyens de la corde. Il fut traité par l'incision et l'excision des parois kystiques, suivies d'applications de nitrate d'argent et de chlorure de zinc.

R. LEUDET.

Ein Fall von extralaryngealem Polyp. (Un cas de polype extralaryngé), par TSAKYROGLOUS. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

Le polype mesurait près de sept centimètres de long, et ce fut la malade elle-même qui put avec le doigt l'attirer jusque dans la bouche. — Après l'avoir saisi avec une pince, Tsakyroglous put au moyen du laryngoscope constater son insertion sur la paroi extérieure du larynx, au niveau de la partie latérale du cricoïde. Excision facile au moyen d'un bistouri courbe. — Malgré son insertion extralaryngée, le polype avait déterminé à maintes reprises, en outre de la difficulté de la déglutition, une toux violente et des accès d'asphyxie.

A.-F. PLICQUE.

Beiträge zur Histologie der Stimmbandpolypen (Études sur l'histologie des polypes des cordes vocales), par KANTHACK. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, septembre 1889.)

Ces polypes, contrairement à une assertion souvent émise, ne renferment jamais dans leur structure ni glandes, ni débris de glandes. — La théorie qui en fait une altération glandulaire doit donc être abandonnée du même coup. — Au point de vue des variétés de polypes, Kanthack sépare des polypes vrais la simple hyperplasie des cordes vocales, la cornification avec ou sans hypertrophie. Les polypes vrais se divisent en fibromes et myxofibromes. — Les fibromes peuvent être durs ou ramollis par dégénérescence, et dans ce dernier cas renfermer ou non des kystes. — Les myxofibromes, qui constituent de beaucoup la variété la plus fréquente de polypes, renferment presque toujours dans leur tissu des extravasations sanguines.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von allgemeiner Argyrie und von Kehlkopfkrebs (Argyrisme généralisé et cancer du larynx), par A. ONODI. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, avril 1889.)

Le malade, dès le début de l'apparition de l'enrouement, avait été traité par des inhalations et des cautérisations avec une so-

lution de nitrate d'argent à 10 0/0. Son état ne tarda pas à s'aggraver, et bientôt apparut une coloration bleuâtre de la peau, des muqueuses, des ongles. L'enrouement et la dyspnée ne cessèrent de s'accroître. L'examen laryngoscopique ne montrant que du gonflement, sans ulcérations, on crut alors à une hypertrophie simple et on essaya la dilatation par le procédé de Schrœtter. Les résultats de cette dilatation furent déplorables; elle amena de vives douleurs irradiées dans la nuque, de la gêne de la déglutition, des hémorrhagies abondantes. Le diagnostic rectifié, il était trop tard pour l'intervention chirurgicale, et la mort survenait quelques semaines après. A l'autopsie on trouva un carcinome du larynx et de la trachée propagé à l'œsophage. L'infiltration argyrique s'étendait à l'intestin, au foie, aux reins, à la rate, aux testicules, à la toile choroïdienne. Cette infiltration aussi étendue, et surtout l'extension au système nerveux, qui est d'ordinaire épargné, ne peut s'expliquer que par le mode particulier d'absorption.

A.-F. PLICQUE.

Diagnose des Larynx-Carcinoms (Diagnostic du cancer du larynx), par O. BESCHÖRNER. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, mai 1889.)

Au point de vue du diagnostic histologique, Beschöner insiste sur ce point que l'examen doit porter non seulement sur les parties superficielles, mais sur la base des néoplasmes. On doit sur ce point apercevoir nettement des parties saines pour que l'examen ait une valeur. A propos du désaccord apparent que peuvent offrir la clinique et le microscope, il rapporte l'observation d'une malade opérée plusieurs fois par lui de végétations laryngées. A chaque récurrence, le microscope montrait de plus en plus la structure du carcinome. Pourtant les récurrences cessaient tout à coup après une dernière intervention. Mais, bien que le larynx fût resté guéri, la malade succombait quelques années après à un cancer de l'utérus.

A.-F. PLICQUE.

Ueber Laryngitis hæmorrhagica (La laryngite hémorrhagique), par FAVITSKY. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, juin 1889.)

Pour Favitsky, la laryngite hémorrhagique n'est qu'une variété des laryngites catarrhales aiguës ou subaiguës. Le symptôme hémorrhagie, pas plus que les lésions anatomiques qu'il a eu occasion d'étudier, ne suffisent à la constituer en maladie spéciale.

A.-F. P.

Eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes (Nouvelle méthode d'examen du larynx et du pharynx), par K. VORSEN. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, janvier 1889.)

Cette méthode consiste à faire exécuter au malade, pendant l'examen, des mouvements de rotation de la tête. Ces mouvements doivent se passer non dans la totalité de la colonne cervicale, que l'on fixe au besoin, mais seulement dans l'articulation atloïdo-axoïdienne. Il est d'ailleurs inutile qu'ils dépassent une amplitude de 45°. Ils augmentent notablement l'espace situé entre la paroi postérieure du pharynx et l'une des moitiés du voile du palais. L'examen des choanes, de l'orifice de la trompe, de la fossette de Rosenmuller peut se faire avec des miroirs très étendus et devient beaucoup plus net. Le cathétérisme est souvent très facilité. Le sillon pyramidal et le sillon de Morgagni peuvent être, eux aussi, plus complètement examinés.

A.-F. PLICQUE.

Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen (Note sur les corps étrangers des voies respiratoires), par G. JUFFINGER. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, avril 1889.)

Le corps étranger (un morceau de fruit sec) semblait s'être arrêté dans la bronche droite. Sa présence déterminait la fièvre, une toux violente et, bien que l'examen laryngoscopique ne montrât point d'ulcération, un emphysème sous-cutané du cou assez étendu. Le quatorzième jour, le corps étranger fut expulsé spontanément dans une quinte de toux. Mais la fièvre et les phénomènes de congestion persistèrent, suivis bientôt de tous les signes d'une tuberculose pulmonaire. Les crachats ne tardèrent point à renfermer de nombreux bacilles. L'apparition de cette tuberculose ne peut, étant donné l'état de santé antérieur de la malade, s'expliquer que par l'inoculation au niveau de l'ulcération produite.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von Rhinosclerom (Un cas de rhinosclérome), par G. BOJEV. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, mars 1889.)

La maladie ne se bornait point au nez seul, mais atteignait le pharynx et le voile du palais. La luette était détruite. Des plaques scléreuses, partiellement exulcérées, faisant une saillie du volume d'un pois, existaient de place en place. Le diagnostic de syphilis fut tout d'abord porté, mais le traitement spécifique

fut plutôt nuisible qu'utile. Il fut bientôt suivi d'ulcérations, de douleurs en avalant, qui le firent suspendre. On songea alors au rhinosclérome, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen histologique et bactériologique. Comme traitement, les injections interstitielles d'acide phénique au centième furent employées, sans grand résultat, et Bojew compte recourir aux cautérisations tant au galvano-cautère qu'à l'acide lactique.

A.-F. PLICQUE.

Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere (Inoculation du rhinosclérome aux animaux), par E. STEPANOV. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, janvier 1889.)

Les inoculations ont été faites soit avec des fragments de rhinosclérome, soit avec des cultures pures du microbe de cette affection. Au lieu de porter, comme dans les expériences faites jusqu'ici, sur la peau le tissu cellulaire sous-cutané, ou la muqueuse nasale, elles ont été pratiquées dans la chambre antérieure de l'œil. Le résultat fut cette fois positif; le néoplasme qui se développa très rapidement offrait tous les caractères histologiques et bactériologiques du rhinosclérome. A.-F. PLICQUE.

Edème lymphatique chronique de la lèvre supérieure produit par des lésions nasales, par WRIGHT. (*Medical Record*, 20 juillet 1889.)

Cet œdème a commencé à l'âge de 11 ans et dure depuis quatre ans déjà. La lèvre supérieure a deux ou trois fois son volume normal. La fosse nasale gauche est très élargie par suite d'une forte déviation de la cloison à droite; la muqueuse est par places atrophiée; le cornet moyen est accolé contre la cloison, et à ce niveau se fait une exsudation muco-purulente. Des lavages avec une solution alcaline commencèrent, en améliorant l'inflammation nasale, à faire diminuer la lèvre, mais ce ne fut qu'après l'ablation d'une portion hypertrophiée du cornet moyen qu'on obtint une disparition complète de l'œdème.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von weichem papillaren Fibrom der unteren Nasenschel (Papillome mou du cornet inférieur), par B. GOMPERZ. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, février 1889.)

En outre des troubles du côté du nez, le malade était atteint d'une otite moyenne double avec surdité presque complète. L'ablation de la tumeur, qui remplissait toute la fosse nasale

gauche, fut faite avec l'anse galvanique maniée tantôt à chaud, tantôt à froid, comme une anse ordinaire. Le volume atteignait presque celui d'un œuf de poule, la surface était mamelonnée. Histologiquement, la tumeur était constituée par du tissu fibreux revêtu d'une couche d'épithélium stratifié de cils vibratils, et regardée comme étant de nature bénigne. L'ouïe s'améliora à la suite de l'opération, mais il est difficile de préciser la part qui revient dans cette amélioration à l'ablation de la tumeur et celle qui revient au cathétérisme de la trompe pratiqué consécutivement.

A.-F. FLICQUE.

Ueber intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden (Affections oculaires dans les affections nasales), par ZIEM. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, août 1889.)

Ziem commence par insister sur la fréquence de ces affections réflexes : troubles asthénopiques dans l'oblitération chronique du nez, congestion des procès ciliaires après les cautérisations de la muqueuse, iritis et parfois attaques glaucomateuses dans les suppurations des fosses nasales et des cavités adjacentes, etc. Il rapporte une observation curieuse de guérison de glaucome obtenue par de simples irrigations intra-nasales. Dans le traitement, Ziem recommande seulement d'éviter les cautérisations de la muqueuse et les applications de cocaïne, qui parfois augmenteraient plutôt la congestion oculaire. A.-F. P.

Étude sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du nerf olfactif, par DANA. (*New York medical journal*, 7 septembre 1889.)

Après une étude très détaillée de l'anatomie (origine réelle, origine apparente, filaments terminaux, structure histologique) et de la physiologie (rôle, variations de la sensibilité) du nerf olfactif, Dana résume sa pathologie. Le nerf peut être affecté soit primitivement (dégénérescence dans l'ataxie locomotrice et parfois chez les vieillards — inflammations assez rares, paralysies sans lésions chez les hystériques) ou secondairement à la suite de traumatismes, d'inflammations, de tumeurs. La syphilis semble jouer très souvent un rôle dans ces lésions secondaires.

A.-F. P.

Empyème de l'antre d'Hygmore, par KRIEG (*Wurtemberg med. Corresp.-Blatt.*, nos 34 et 35, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

L'auteur décrit 23 cas, presque tous dus à une dent cariée; il

recommande son avulsion et la perforation de l'antre par l'alvéole. Un des cas était très intéressant, parce qu'il s'agissait d'un empyème aigu de l'antre, survenu chez l'auteur lui-même. Au milieu d'un coryza aigu, une grande douleur survint tout à coup dans la mâchoire supérieure, suivie d'œdème avec sensation de poids dans l'antre. Après perforation, il y eut un écoulement copieux d'un liquide jaunâtre à travers le nez, suivie d'un soulagement instantané et d'un rétablissement rapide. Quelques années après, l'auteur eut deux rechutes.

R. LEUDET.

Coryza nerveux et salivation; leur relation étiologique avec les maladies des organes sexuels, par PEYLER. (*Münch. Med. Woch.*, nos 3 et 4, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)
Opinion fondée sur les observations suivantes :

1° Un homme de 21 ans a, depuis des semaines, des accès de coryza durant un jour; il va bien dans l'intervalle. Cela revient quand il a trop bu de bière la veille. Le traitement local appliqué au nez, au pharynx, ne donna rien. Il était onaniste, passablement impuissant et spermatorrhéique; un traitement général approprié le guérit.

2° Femme de 21 ans; coryza, vertiges; guérit par le traitement d'un catarrhe chronique du col utérin.

3° Jeune fille de 15 ans; salivation excessive impossible à déglutir entièrement; toux spasmodique. Métrite chronique dont la guérison amena la cessation des phénomènes.

4° Homme, 25 ans; spermatorrhéique; salivation abondante pendant deux ans.

5° Homme, 39 ans, salivation exagérée, guérie comme chez le précédent par la cure d'une spermatorrhée avec impuissance.

6° Homme, 24 ans, ancien onaniste, pollutions, spermatorrhée, salivation excessive après les repas.

7° Homme, 33 ans, mêmes symptômes, même bon résultat.

R. LEUDET.

Ablation des tumeurs naso-pharyngiennes, par ANNANDALE. (*Soc. méd. chir. d'Édimbourg*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Les narines antérieures sont ouvertes en détachant le nez à sa racine et divisant la cloison. La voûte palatine est sciée, le voile coupé en deux, les deux maxillaires supérieurs séparés; on gagne ainsi un espace d'un pouce pour introduire le doigt et apprécier sûrement les connections de la masse. La tumeur

est enlevée avec le doigt, une pince ou une curette. Puis la plaie est nettoyée antiseptiquement et le palais réuni. Il n'y a pas eu de déformation; le procédé formait la première partie d'une opération ultérieure, s'il avait fallu enlever tout ou partie de la mâchoire supérieure. Il y eut moins d'hémorrhagie. R. LEUDET.

Des névroses réflexes dues à une affection naso-pharyngienne,
par NETCHAIEFF. (*Meditzinskiö Obozreniö*, nos 9 et 10, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Après exposé de l'histoire de trois malades intéressants, l'auteur insiste spécialement sur les points suivants :

1° Le cas n° 1 est la relation d'un spasme intermittent, unilatéral, d'origine réflexe, des vaisseaux du cerveau, avec anémie consécutive de l'hémisphère correspondant. Il est aujourd'hui le seul connu; il en est de même du cas n° 2, spasme œsophagien d'origine réflexe;

2° Voici l'explication anatomique et physiologique : la muqueuse des cornets contient les corps dits caverneux (Zuckerbrandt), innervés surtout par le ganglion sphéno palatin (Aschenbrandt); cet organe relie les nerfs sensitifs à la muqueuse nasale (commandée par les premières et deuxième branches du cinquième nerf) avec les plexus carotidiens et les pneumogastriques. L'irritation du trijumeau (Kratschmer) et des régions olfactives (Gürevitch) de la muqueuse nasale produit, par voie réflexe, un tétanos expiratoire et un retard de l'action du cœur avec augmentation de la tension cardiaque. On sait bien, de plus, que la circulation nasale se rattache intimement à la cérébrale. Il en est de même des lymphatiques (Axel-Key, Retzius).

Le fait clinique des névroses réflexes par lésion naso-pharyngienne est incontestablement démontré. R. LEUDET.

Chirurgie des tumeurs gommeuses des cavités nasales, par A. G. HOBBS. (*New Orleans med. and surg. Journ.*, nov. 1888.)

Conclusions : 1° Dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale non seulement est admissible, mais est même très urgente;

2° La crainte de produire des ulcérations irréparables ne repose pas sur une expérience clinique suffisante;

3° Le traitement altérant spécifique est trop lent pour y avoir confiance, conséquemment, quand la sténose produit beaucoup de symptômes réflexes tels que asthme, toux, perte de sommeil, céphalalgie, amaigrissement, sécheresse de la gorge, etc.;

4° La perte de sang par l'intervention chirurgicale n'est pas dangereuse, ni même alarmante; et si la douleur est vive, comme dans l'ablation de la plupart des tumeurs nasales, elle peut être fortement atténuée par la cocaïne.

R. LEUDET.

A case of rhinolith and two cases of a tooth in the Nose (Un cas de rhinolith et deux cas de dents nasales), par J. WRIGHT. (*Medical Record*, 12 octobre 1889.)

Si les observations de rhinolith sont assez fréquentes, les observations où le corps étranger est constitué par une dent sont assez rares. — Dans la première observation de Wright, la racine d'une incisive brisée quatre ans avant dans une extraction incomplète formait une tumeur sur le plancher de la fosse nasale, le long de la cloison, et fut extraite par le nez. — Dans la seconde, la dent se trouvait dans les fosses nasales, par suite de développement irrégulier extra-alvéolaire. Une des incisives de la bouche manquait en effet. Elle ne put être extraite qu'avec de grandes difficultés. — Les rares observations que Wright a rencontrées dans la littérature médicale sont également presque toutes par développement anormal.

A.-F. PLICQUE.

Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches (Un deuxième cas de mycose du pharynx), par F. SIEBENMANN. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, avril 1889.)

A l'autopsie d'une femme morte à 49 ans de néphrite parenchymateuse on trouva la muqueuse du pharynx congestionnée offrant des cicatrices et des croûtes. L'examen microscopique de ces croûtes y montra la présence de divers végétaux parasitaires: *aspergillus fumigatus*, *aspergillus nidular*, *micor corymbifer*. Les conditions de rapidité dans lesquelles cet examen se fit ne permettent pas de songer à un développement post mortem de ces parasites. Pendant sa vie la malade avait d'ailleurs présenté de la fétidité de l'haleine et un affaissement des os du nez probablement syphilitique. Il est également probable que le revêtement épithélial du pharynx détruit par places par des ulcérations, dont les cicatrices observées constituaient la preuve, avait offert une résistance moindre à l'implantation du parasite.

A.-F. PLICQUE.

Tuberculose du pharynx, par TAUBER. (*Journ. of Laring. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Sur 13 cas, elle était 12 fois secondaire à la tuberculose des

poumons, et du larynx une fois; elle semble primitive, l'examen pulmonaire ne révélant aucune lésion.

Même étiologie que pour le poumon, plus fréquente chez l'homme, probablement vu la plus grande exposition aux intempéries. Age maximum entre 20 et 32 ans.

Sur le pharynx, on observe des ulcérations grisâtres, inégales, sur les piliers antérieurs du pharynx et sur le voile, avec extension à la voûte palatine, à la paroi postérieure, aux amygdales, plus tard à l'épiglotte et au larynx. Leur forme est lenticulaire; rapidement désintégrées, elles jaunissent et amènent la nécrose de la muqueuse; en même temps les glandes cervicales augmentent. A mesure qu'augmente la maladie, les granulations deviennent plus confluentes et plus nombreuses, se groupent en plaques irrégulières et se transforment en nodules caséux couverts d'une matière purulente. Signes principaux: dysphagie, douleur vive ordinairement étendue aux deux oreilles; grande gêne résultant de l'accumulation de mucus que le malade ne peut expectorer. Signes secondaires: toux, hecticité, affaiblissement progressif. Les symptômes pulmonaires se manifestent généralement à une époque avancée des lésions de la gorge; mort généralement par épuisement. Le processus ulcéralif s'étend très rapidement, généralement en six ou huit semaines, et gêne assez pour rendre l'alimentation impossible par la bouche, surtout si le voile du palais est atteint. Il faut alors alimenter par le nez.

Le malade ne peut compter au plus que sur quatre à six mois d'existence; dans la majorité des cas, la mort arrive six à douze semaines après la première manifestation au pharynx.

Le diagnostic avec les pharyngites scrofuleuses et syphilitiques se fait par les commémoratifs et parce que les symptômes du côté du pharynx attirent les premiers l'attention du malade; de plus, les ulcérations lenticulaires avec développement de nodules grisâtres sont de bons signes.

On n'a guère de résultats du traitement; le seul palliatif consiste en badigeonnages du pharynx et parties voisines, plusieurs fois par jour, avec une solution de cocaïne à 10 ou 20 0/0, après nettoyage avec une solution alcaline. Cela permet d'avaler plus facilement immédiatement après. Des insufflations faites matin et soir avec morphine et iodol soulagent le malade. Quand la déglutition est impossible, il faut nourrir le malade par le rectum ou avec un biberon.

Un traitement énergique et entrepris à temps peut prolonger la vie; pour cela l'auteur recommande l'acide lactique, chromique, le thymol, le galvano-cautère après cocaïnisation préalable. R. L.

Hypertrophie de l'amygdale du pharynx chez les vieillards, par J. SOLIS-COHEN. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

La malade présentait ce phénomène sans en ressentir aucune gêne; il s'y joignait une augmentation de volume du corps thyroïde qui disparut par l'emploi de frictions mercurielles, et à l'intérieur d'iodoforme et de sulfate de fer. Solis-Cohen ajoute que le terme d'amygdale serait peut-être mieux remplacé, pour les organes lymphoïdes autres que ceux situés entre les piliers du voile du palais, par la désignation de nodules lymphoïdes.

R. LEUDET.

Un cas de tuberculose primitive de la bouche, par GLEITSMANN. (*New York Acad. of med.*, 27 nov. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Le malade a été présenté guéri, terminaison dont Gleitsmann n'a pu trouver que 3 cas primitifs et un secondaire. Poumons et ganglions intacts. Il existait à la base de la langue et à gauche une ulcération de la grandeur d'un pois, qui fut simplement traitée par le grattage des tissus malades, puis l'application d'acide lactique et du galvano-cautère. Une ulcération tuberculeuse apparut ensuite sur le ligament aryéno-épiglottique et fut attaquée avec la curette et l'acide lactique. Les bacilles y foisonnaient. Tandis que l'ulcération de la langue guérissait, l'épiglotte, puis ultérieurement, après une courte amélioration, les replis aryéno-épiglottiques, la luette, étaient pris. L'état de la malade était presque désespéré, et devant ce pronostic l'auteur racla les amygdales et les autres places attaquées avec une curette tranchante, en dépit d'une hémorrhagie sérieuse, et les badigeonna énergiquement à l'acide lactique. Après la chute de l'eschare due à l'acide, il y avait au-dessous une surface saine et bourgeonnante et la lésion tuberculeuse n'existait plus.

La guérison complète s'ensuivit, et il ne resta aux places malades que quelques dépressions.

R. LEUDET.

Des affections de l'amygdale linguale, par HAGEN. (*Soc. méd. de Leipzig*, 16 oct. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

L'anatomie pathologique fut décrite par Swain, en 1886. Sa forme aiguë est rare, la forme chronique est assez fréquente.

Dans ce dernier cas, le malade ressent dans la gorge une très désagréable sensation de corps étranger, accompagnée de douleur. La muqueuse est rouge, et il y a de la folliculite. Il existe de la toux, une gêne pour parler longtemps, une sensation d'oppression dans la poitrine, de l'hypocondrie. L'amygdale linguale est hypertrophiée et l'épiglotte souvent déformée. Cette affection, surtout observée chez la femme, coexiste souvent avec des irrégularités de menstruation. Guérit ordinairement par la galvano-caustique.

R. LEUDET.

Concrétions caséuses des amygdales, par GAUTIER. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janvier 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Exceptionnellement, les cryptes amygdaliennes sont distendues anormalement par de la matière caséuse et bien différentes des productions blanchâtres ou jaunâtres qu'on y trouve habituellement, et causent de la gêne. Pour Jacobson, c'est le *leptothricia algalis fœcium*; pour d'autres le *phycosis* ou *mycosis tonsillaris benigna*, ou la séborrhée des glandes du pharynx.

Ces masses sont surtout composées du *leptothrix buccalis*. La maladie attaque de préférence l'isthme du gosier, rarement le pharynx, plus rarement encore la trachée, et avant tout les amygdales palatines.

On voit des petits points blancs jaunâtres ou des masses caséuses à la surface des glandes, généralement compactes, simples ou multiples, mais jamais confluentes comme des plaques diphthéritiques. La respiration est fœtide. La sac se vide, sans ulcération. L'amygdale n'est pas hypertrophiée. C'est probablement cet état qui donne lieu aux calculs de l'amygdale. L'auteur rapporte un cas où la crypte fut incisée, vidée à la curette et détruite par l'acide chromique. Jacobson trouve ce traitement trop énergique pour l'affection.

R. LEUDET.

Carcinome primitif de l'amygdale. Pharyngectomie externe. —

Guérison, par G. R. FOWLER. (*Brooklyn Med. Journ.*, sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Femme de 67 ans; sur l'amygdale gauche, tumeur de la grosseur d'une noisette; hypertrophie des ganglions sterno-mastoïdiens. Douleur surtout dans la déglutition. Une incision perpendiculaire à la tumeur fut faite, les artères linguales et faciales liées, la jugulaire externe et le muscle stylo-hyoïdien sectionnés; puis l'amygdale fut repoussée en dehors, une incision circulaire

faite au thermo-cautère à travers l'hypoglosse, le constricteur supérieur et la muqueuse, et la tumeur extirpée sans hémorrhagie. La carotide fut nettoyée de la masse ganglionnaire qui y adhérait. La malade succomba à un cancer des parotides et de l'estomac, sans que rien se fût reproduit au niveau de l'amygdale.

R. LEUDET.

Quelques observations nouvelles sur l'étiologie de la stomatite ulcéralive ou « cancrum oris », par LINGARD Alfred. (*Lancet*, 28 juillet 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Cette maladie dépendrait d'un micro-organisme, long, filiforme, existant en abondance sur les limites de la tache nécrosée.

La maladie survient chez l'homme et les animaux inférieurs; elle est inoculable. Chez ces derniers, on trouve dans le cœur des points nécrosés dus à l'affection. Ces lésions n'existent pas chez l'homme, la mort arrivant généralement à une période précoce de la maladie.

R. LEUDET.

Hémorrhagie alarmante consécutive à l'amygdalotomie, par FULLER. (*Americ. Journ. of. med. sc.*, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Jeune homme de 25 ans, athlète, pris de vomissements de sang, cinq heures après l'opération non suivie immédiatement d'hémorrhagie. Tous les styptiques échouèrent, même la ligature de la carotide primitive resta sans effet; l'hémorrhagie dura toute la nuit. Le malade fut soutenu par des injections hypodermiques d'eau-de-vie. A la fin, on transfusa dans les veines douze onces de solution salée; le pouls revint, l'hémorrhagie cessa et la guérison survint favorablement. L'arrêt fut probablement dû à l'évanouissement qui survint. Le malade n'était pas un hémophile.

R. LEUDET.

Zur Lehre von der Parotitis (Contribution à l'étude des parotidites), par ZIEM. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

Z. insiste sur le rôle que le catarrhe nasal peut jouer dans la production des parotidites. Ce rôle s'explique d'ailleurs facilement par le trajet des lymphatiques de la muqueuse nasale, dont un certain nombre aboutissent à la région parotidienne. — Il signale un phénomène nouveau, le rétrécissement du champ visuel, qu'il a observé dans deux cas de parotidites. Ce rétrécissement est sans doute causé par les troubles circulatoires dont l'effet s'étend jusqu'aux vaisseaux de l'orbite et de l'œil.

A.-F. PLICQUE.

NOUVELLES

La 58^e réunion annuelle de la *British medical Association* se tiendra à Birmingham les 29, 30 et 31 juillet et le 1^{er} août.

Les bureaux des sections d'otologie et laryngologie seront constitués de la façon suivante :

Laryngologie et Rhinologie. — Président : J.-St.-S. Wilders ; vice-présidents : C.-J. Symonds et A.-E. Garrod ; secrétaires : E.-H. Jacob, 12, Park street Leeds ; Scanes Spicer, 22, Welbeck street, W. Londres.

Otologie. — Président : C. Warden ; vice-président : W. Hill ; secrétaire : R.-K. Johnston, 22, Lower Baggot, street, Dublin.

Nous lisons dans la *Berliner klinische Wochenschrift* que le Dr KIRCHNER, privat docent à l'Université de Würburg, a été désigné pour succéder à de Troeltsch comme directeur de la polyclinique otiatrique de cette ville.

Au moment de mettre sous presse, le Comité d'organisation du Congrès international de Berlin nous informe qu'une exposition d'instruments de physiologie et de chirurgie aura lieu à ce moment. Dans notre prochain numéro, nous publierons *in extenso* ce document.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites, maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Asthme considéré surtout au point de vue de ses rapports avec les maladies du nez, par E. SCHMIEGELOW (Un volume de 90 pages, H.-K. Lewis, éditeur, Londres, 1890).

Atrophie, hypertrophie et déviation du septum, par C.-H. von KLEIN (Extrait du *Times and Register*, 23 novembre 1889).

Sur quelques rapports existant entre les affections nasales et oculaires, par A. BRONNER (Extrait du *Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1889).

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par Emile BERGER (80 pages, Doin, éditeur, Paris, 1890).

Un cas de tintement d'oreille persistant soulagé par la disparition d'une obstruction nasale, par MAX THORNER (Extrait de *The Lancet clinic*, 18 mai 1889).

Corps étrangers imaginaires dans la gorge, par MAX THORNER (Extrait du *New York med. Journ.*, 25 janvier 1890).

Bactériologie de l'otite moyenne, par KUHN (Communication faite à la Section otologique de la réunion des médecins et naturalistes allemands à Heidelberg, septembre 1889).

Affections de la gorge et du nez chez les enfants; leur rapport avec certains troubles du sommeil, du caractère, etc., et d'autres fonctions cérébrales, par SCANES SPICER (Mémoire lu à la section de laryngologie de la *British med. Assoc.*, Leeds, 1889.)

Obstruction nasale et respiration buccale comme facteurs de l'étiologie de la carie dentaire et du développement de la voûte palatine, par SCANES SPICER (Extrait de *The Transactions of the Odontological Society of Great Britain*, janvier 1890).

Le Gérant: G. MASSON.

